Nr. 29. i 30. 22. lipca 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Lucjan Antoni DOBROWOLSKI. Zakopane.

Rola kwasu krzemowego przy gruźlicy płucnej.

Dla zwalczania gruźlicy płucnej mamy cały szereg leczniczych środków specyficznych czy też innego charakteru, środków liczonych może na tysiące, mimo to każdy miesiąc prawie, przynosi w swej daninie nowy, więcej lub mniej „cudowny lek". Ta mnogość i stałe powstawanie nowych środków — więcej niż wymownie świadczy o ich wartości; wiele środków działa przy gruźlicy jako nieszkodliwa suggestja, w najlepszym zaś wypadku — są niektóre z nich tylko pomocniczemi czynnikami w walce z cierpieniem. Przypomnijmy sobie erę kreozotu i jego pochodnych — wprost opychano temi przetworami chorych, psując im niemiłosiernie łaknienie i tak już zazwyczaj upośledzone. Jeszcze i dziś daje się chorym różne syropy kreozotowe jako „cudowne leki". Zjawiła się era tuberkuliny — specyficznych leków — i innych prodkuktów przemiany materji laseczników Kocha — niestety poza niewielką ilością optymistów — zawiodła pokładane w niej oczekiwania.

Pojawiła się wreszcie era stosowania złota — poruszyła umysły do głębi — zdawało się nastąpi ostateczne rozwiązanie sprawy gruźliczej i całkowity zwrot w dotychczasowym postępowaniu. Niestety jednak nieumiejętność w dawkowaniu jak i wogóle w doborze przypadków odpowiednich, co zazwyczaj odbywało się zupełnie bez żadnego krytycyzmu — gwałtownie przemieniło skrajnych optymistów w zdeklarowanych przeciwników — bo złoto nie odpowiedziało na scholastycznie stawiane warunki. Zupełnie jednak niesłusznie, bo złoto jako takie — zabijające w rozczynie 1/100,000 (Aurosan) prątki gruźlicze całkowicie, a w rozczynie 1/10,000 powodujące znaczne, prawie całkowite zahamowanie rozwoju prątków, powinno odegrać może większą rolę, aniżeli to ma miejsce dotychczas. Przyznać jednak trzeba, że te badania doświadczalne, nad wpływem złota na unieszkodliwienie prątków — działy się w pracowni. Organizm zaś gruźlika jest zgoła inny, w innem środowisku i otoczeniu znajdują się tam laseczniki, inaczej też przedstawiać się będzie wpływ tego złota. Czy nie będzie tu odgrywać, sam sposób stosowania tego złota, decydującej roli — trudno wypowiedzieć ostatecznie na tem miejscu, gdyż nie jest to celem obecnym poruszać tę sprawę, która ze względu na swą obszerność zbyt daleko mogłaby nas zaprowadzić.

Nieprzesądzając więc znaczenia poszczególnych środków t. zw. przeciwgruźliczych — wspomnę o dawno znanym w medycynie ludowej, w której prawie od wieków jest używanym — o kwasie krzemowym. Obecnie środek ten, którego „moda" już przeszła, zbyt rzadko bywa zalecanym; zgoła jednak niesłusznie, bo posiada własności, które może nawet w swem działaniu przewyższają o wiele inne środki. W ludowej medycynie, kwas krzemowy, pod postacią mieszaniny ziół dostarczany, odgrywa dużą rolę w schorzeniach nie tylko płucnych, ale przy całym szeregu cierpień związanych z przemianą materji, przy artretyzmach, chorobach wątroby i miedniczek nerkowych. Mieszanina tych ziół krzemowych, stanowi, że tak powiem uniwersalny „alchemiczny środek" wszystkich znachorów i innych naturalistów (partaczy lekarskich) zajmujących się pokątnem lecznictwem; i o dziwo słyszy się zdanie, że „chorowałem na to a na to, leczyłem się u tych a tych doktorów i bez skutku, a uleczyły mnie zioła które mi dał jeden znachor". Może nie jest zbyt logicznem, gdy lekarz powtarza powyższe zdanie, jednakże czasem w tych ogólnikowych twierdzeniach jest trochę prawdy. I tu mamy pewną rację — życie praktyczne — stwierdzone wiekami, dostateczne temu wydało świadectwo, że w ziołach nie jest zawarty żaden cudowny lek, jednakże zawierają one składniki, naprawdę cenne i wartościowe dla gruźlika.

Wielu osobników, w ziołach widzi jakby pozostawione w spadku i wydane przez naturę — naturalne środki lecznicze w które bezwzględnie wierzy i tem się może tłumaczy również, tak wielka wziętość niektórych znachorów.

By jednak ocenić dokładnie wartość tych składników krzemowych — trzeba chociaż w ogólnych zarysach zapoznać się bliżej z ich farmakologją jak również i z wynikami klinicznych doświadczeń.

Badania Koberta nad przemianą materji, wykazały, jak duże znaczenie posiada kwas krzemowy, dla przebiegu nawet normalnych spraw reakcyjnych w tkankach, ponieważ poszczególne organy ustroju pozostają na pewnej stałej zawartości kwasu krzemowego. Szczególnie dużo zawierają go: zewnętrzne powłoki skórne, przewód pokarmowy, płuca i gruczoł trzustkowy. Dotychczas jednak nie można ustalić w jakiej formie występuje kwas krzemowy najprawdopodobniej jednak w organicznych połączeniach. Wahania w zawartości krzemu w organizmie są w dużej zależności od wieku osobnika. U noworodka ilość znajdującego się krzemu jest znikomo mała, podczas gdy w następnych latach wzmaga się ta ilość znacznie i stale, po to by znów w latach podeszłych ulec stopniowemu zmniejszaniu się. Z tem w dużej mierze jest związana naturalna odporność ustroju — w stosunku do wieku. Śmiało zatem można przyjąć, że obfita zawartość krzemu w tkankach świadczy o ich całkowitej odporności, podczas gdy znikoma zawartość przemawiać będzie za wyczerpywaniem ustroju, co szczególnie wyraźnie występuje przy gruźlicy, zwłaszcza płucnej. Demineralizacja ustroju przy gruźlicy, odgrywa pierwszorzędną rolę, nie poruszam jej jednak obszerniej, ponieważ dość wyczerpująco ująłem ją w „znaczeniu racjonalnego odżywiania przy gruźlicy płucnej" zam. w Pol. Gaz. Lek., zaznaczyć jednak muszę że w tej demineralizacji leży pierwotne osłabienie tkanki płucnej (również i innych), która już nie może wykazywać większej odporności, przeciwdziałania się osiedleniu lasecznika Kocha jak jego rozwoju i rozpowszechnienia się. Kahle, Robin, Schultz wykazali swojemi doświadczeniami, że w klatce płucnej, która pozostaje pod wpływem stałych toksyn gruźliczych — następuje b. wybitne zmniejszanie się zawartości krzemu, potęgowane jeszcze tem, że nie odbywa się normalne odkładanie tego składnika z pokarmów, co ma stałe miejsce przy normalnych warunkach. W pierwszym rzędzie ma to niepoślednie znaczenie dla samego przebiegu procesu płucnego, ponieważ jak wiadomo, włóknista bliznowata tkanka w pierwszym rzędzie zawiera dość spore ilości kwasu krzemowego.

Jak już poprzednio zaznaczono, gruczoł trzustkowy odgrywa dużą rolę w krzemowej przemianie materji w organizmie, i większa czy mniejsza zawartość w nim krzemu jest w stałej zależności od procesu bliznowacenia. Kahle w doświadczalnych badaniach swoich wykazał niezbicie, że przy obszernych ranach powierzchownych, gdy rozwija się dość obficie tkanka granulacyjna (ziarninowa) — ilość wtedy znajdującego się kwasu krzemowego w gruczole trzustkowym ulega zmniejszaniu, podczas gdy przy następowem kurczeniu się blizny, odzyskuje trzustka z powrotem swą poprzednią utraconą zawartość. Wynika z tego, że trzustka w normalnych warunkach mobilizuje kwas krzemowy, by go w razie potrzeby transportować na ewentualne tworzenie się blizny, przy takich czy innych ubytkach tkankowych, i znów po wypełnieniu swej czynności gromadzić zapasy z powrotem.

Jak wiemy, przy gruźlicy mamy ogólne zubożenie organizmu w kwas krzemowy, co oczywiście dotyczy również i gruczołu trzustkowego; istnieją jednakże cierpienia dość wyniszczające organizm, przy których przeciwnie mamy gromadzenie się krzemu. Taki stosunek występuje b. wybitnie przy raku organów. Miało by to świadczyć do pewnego stopnia o istnieniu antagonizmu, miedzy rakiem a gruźlicą.

U osobników zdrowych Breest wykazał, że przy dostarczaniu odpowiedniego pożywienia bogatego w krzem, następuje w organizmie dość wybitne jego nagromadzanie, podczas gdy wydzielanie odbywa się zbyt wolno. Ale badania doświadczalne, do pewnego stopnia świadczą, że w tkankach podległych demineralizacji, tem więcej będzie się odkładać krzem im więcej ona będzie schorzałą. Dalszem potwierdzeniem znaczenia krzemu przy gruźlicy płucnej, służy fakt, że osobnicy narażeni na stałe czy też okresowe, dłuższe oddychanie pyłem kwasu krzemowego, są jakby więcej uodpornieni na samo rozwinięcie się sprawy gruźliczej, a jeśli już zapadają na nią, to sam przebieg jest zazwyczaj dobrotliwy.

Zwłaszcza robotnicy zajęci w fabrykach porcelany, gdzie zmuszeni są na stałe wdechiwanie drobnego pyłu krzemowego — są prawie, że zabezpieczeni od gruźlicy, gdyż nawet istniejąca sprawa zbyt szybko przechodzi w zmiany włókniste, ulegając zbliznowa-

cenin. Te przykłady życiowe, obserwowane przeważnie przypadkowo, jak wykazały statystyki Vollrath'a i Rösslego, zostały całkowicie potwierdzone w następstwie, przez badania na zwierzętach doświadczalnych.

Thoma, Kohle, Rössle, szczepili psy i świnki morskie prątkami gruźliczemi i zauważyli, że podczas gdy zwierzęta normalnie żywione, przy tem zakażeniu ginęły na gruźlicę, to zwierzęta żywione przedtem również i pewną ilością kwasu krzemowego — zachorowywały dość rzadko. Pośmiertne badania tychże zwierząt wykazało: u zwierząt kontrolnych postępujący rozpad tkanek, zaś u zwierząt (zwłaszcza świnek), uprzednio żywionych podawaniem krzemu — wyraźne tworzenie się tkanki łącznej, bliznowatej, dookoła ogniska gruźliczego. Badania drobnowidowe wykazały silne, włókniste odgraniczenia dookoła ogniska gruźliczego z całkowitem ich obramowaniem, w innych zaś następowało przerośnięcie poszczególnych ognisk tkanką łączną, doprowadzające do całkowitego unieszkodliwienia tych zmian gruźliczych. Badania co do czasu stosowania i ilości podawanego kwasu krzemowego wykazały, że im dłużej zwierzę otrzymywało krzem i im w większych ilościach, tem silniejszy był wpływ na zahamowanie rozwoju gruźlicy. Można przyjąć, że w płucach patologicznym zmianom uległych, efekt bliznowacenia jest zależny do pewnego stopnia od siły pobudzenia naturalnych czynników obronnych (bliznowacenie), spowodowanych przez nagłe dostarczenie ustrojowi brakujących składników mineralnych, w ustroju podległym już demineralizacji. Niektórzy, zwłaszcza Zimmer, Rühn, Helvig przyjmują; że ta wartość obronna ustroju, występująca po podaniu krzemu, jest związana z odczynem drażnienia i to ma pobudzać do żywszego bujania tkanki łącznej i powodować bliznowacenie. We krwi przy tem wykazują się wzmożone ilości białych ciałek krwi, co w dużej mierze jeszcze więcej dokumentuje osiąganą odporność. Zdolność resorbcyjna kwasu krzemowego, podawanego per os jest znaczna, jak wykazały szczegółowe rozbiory kału i moczu.

Powodem zainteresowania się krzemem jak również i jego wpływem na organizm, posłużył moment pracy mojej w Zakopiańskiej Kasie Chorych i związana z tem długotrwała obserwacja, sporej ilości robotników w tamtejszych kamieniołomach. Stwierdziłem, że u tych ostatnich, stosunkowo dość rzadko występowały schorzenia gruźlicze, nie bacząc, że robotnicy ci znajdowali się przeważnie w dość opłakanych warunkach mieszkaniowych, nie mówiąc już o nieodpowiedniem i niewystarczającem odżywianiu. Jeżeli zaś, którykolwiek z nich uległ rozwinięciu zakażenia gruźliczego, to jednak ta sprawa nigdy nie przybierała charakteru sprawy zbytnio czynnej, czy też specjalnie ostrej, jak to miałem możność przez okres przeszło 8-miesięczny stwierdzić. Już te choćby przypadkowe moje obserwacje, służyć powinny, wybitnem potwierdzeniem, wyników otrzymanych przez wyżej wymienionych autorów, przy swych badaniach doświadczalnych jak również klinicznych. Mając powyższe na uwadze, postanowiłem przeprowadzić, możliwie jaknajdokładniejsze próby zmierzające do ocenienia wartości kwasu krzemowego przy gruźlicy.

Do tego celu posługiwałem się dwoma preparatami, jeden z nich składał się z ziół:

Herba polygoni avicularis (rdest).
Herba galeopsidis (poziewnik),
Herba equisetti (skrzyp). a a 50,0

Mf. species, DS. 2 łyżki stołowe zagotować w 2 szklankach wody, wygotować, do jednej szklanki, przecedzić i wypić w ciągu dnia.

Drugi był przetworem farmaceutycznym „Silistren" Bayera; preparat ostatni przedstawia się jako jasny, winno-żółty, klarowny, syropowaty płyn, o słabym słodkim smaku i zapachu alkoholu. Z wodą miesza się dokładnie, jednak przy dłuższem staniu tworzą się kwaśne estry i następuje wreszcie rozkład.

Środek ten jest cokolwiek drogi, dlatego w swoich badaniach posługiwałem się nim przeważnie u osób więcej zamożnych, u pozostałych zaś ograniczyłem się wyłącznie do stosowania wyżej wymienionej mieszaniny ziół.

Do przeprowadzenia tej kuracji krzemowej, wybierałem chorych ze sprawą chorobową zupełnie zdeklarowaną, przeważnie jednak z gruźlicą mniej ostro przebiegającą (o charakterze chronicznym), chorych u których badanie bakterjologiczne potwierdziło zawartość prątków w plwocinie. Ilość tych chorych wynosiła 48, w tym mężczyzn 22, kobiet 26; wiek wahał się od 17 do 54. Wszyscy oni znajdowali się w warunkach mniej więcej dobrego bytowania żaden z chorych podczas odbywania kuracji tej nie zajmował się pracą fizyczną, jak również starano się nie podawać im możliwie żadnych innych leków. Wszyscy ci osobnicy leżakowali od 3 do 8 godzin dziennie, w zależności od przypadku. Okres przeprowadzania kuracji wahał się od 2 do 7 miesięcy. Każdy z chorych oprócz szczegółowego badania klinicznego, był szczegółowo badany rentgenologicznie, jak również odbywały się okresowe badania (co 10 dni) plwociny (chemiczne, bakterjologiczne i ilościowe), moczu i krwi. Nie wymieniając szczegółowo danych, dotyczących poszczególnych przypadków, ze względu na brak miejsca — podam że główny nacisk położono na działanie wykrztuśne powyższych środków. Wiadomo, że jako wykrztuśne stosuje się środki o przeróżnym składzie i pochodzeniu. Alkalja, zwłaszcza amoniakalne, alkaloidy, wymiotne w małych dawkach, kwasy, eteryczne olejki, mucillaginosa.

Najprawdopodobniej ich działanie polega, biorąc ogólnie, na wywołaniu obfitszej drobnej wydzieliny w drogach oddechowych ewent. w pęcherzykach płucnych za pomocą podrażnienia parasympatycznego. Wywołana ta wydzielina drażni i pobudza komórki nabłonka migawkowego oskrzeli, jak również w pewnej mierze pobudza perystaltykę oskrzelową.

Wyniki doświadczalne, przeprowadzone na 48 osobnikach, wykazały że zarówno mieszanina tych ziół, jak i „Silistren" — posiadają w pierwszym rzędzie wybitne wykrztuśne działanie, zwłaszcza zioła („Silistren" działa więcej łagodnie i bez zbytnich wysiłków ułatwia odpluwanie), działanie, które przewyższa w dużym stopniu szereg innych środków.

U wszystkich chorych z początkiem kuracji, dawało się zauważyć bardzo wybitne wzmożenie ilości plwociny, co trwało w zależności od przypadku, dłuższy czy krótszy okres czasu, ustępując w następstwie miejsca, dużemu jej zmniejszeniu się, tak, że u niektórych osobników, zwłaszcza pod koniec 6-cio miesięcznej kuracji, następowało prawie całkowicie zniknięcie plwociny.

Co się tyczy zawartości prątków w plwocinie, nie znikały one jednak, pomimo stosowania nawet dłuższej kuracji, jednakże, ze zmniejszaniem się ilości plwociny, należy stwierdzić, że zmniejszała się równocześnie ilość i zawartość samych prątków.

Przewód pokarmowy, podczas całej kuracji nie wykazywał żadnych uchybień, czy to pod postacią zaburzeń, czy też innych dolegliwości. Przeciwnie, należy zaznaczyć, że zwłaszcza mieszanina ziołowa, wpływała bardzo dodatnio na samo łaknienie, często bardzo, przy upośledzonych stanach odżywiania, chorzy zaczynali przybywać wagowo. Ani w jednym przypadku nie spostrzegliśmy, choćby najmniejszego podrażnienia nerek, we krwi zaś znaleźliśmy, wybitne wzmożenie się składników morfotycznych, zwłaszcza białych ciałek krwi, wreszcie hemoglobina w swej zawartości procentowej, ulegała wzmożeniu. Być może, że te zmiany krwi, były w dużej mierze zależne od samego leczenia klimatycznego, jednakże to nie umniejsza wartości leczniczej wymienionych środków, ponieważ w mniej więcej identycznych przypadkach, nie udało się osiągnąć tak wybitnych różnic. Same zmiany płucne, wykazywały, w niektórych przypadkach, wyraźne zmniejszenie się ilości rzężeń wilgotnych, jako potwierdzenie tego udawało się stwierdzić również i na zdjęciu rentgenowskiem, gdzie te sprawy przedstawiały się najczęściej w postaci większych czy też mniejszych ognisk serowatych, obramowanych albo wyraźnym cieniem zmian łącznotkankowych, lub też same zmiany serowate z poprzednich zbyt rozlanych konturów, przeistaczały się w wyraźnie wysycone cienie jasne, dając wyraźne świadectwo — wytworzenia się bliznowacenia i odkładania się soli przeważnie krzemowo-wapniowych.

W przypadkach cięższych, niestety nie udało się zauważyć jakiegokolwiekbądź wyraźniejszego wpływu. Ujmując zaś sprawę liczbowo, możemy stwierdzić, że poprawa wyraźnie zaznaczona wystąpiła u 37 osób, podczas gdy u 2 osób, kuracja ta pozostała bez jakiegokolwiekbądź wpływu. W tych przypadkach bez poprawy byli osobnicy z daleko posuniętemi zmianami, kilku zaś znajdowało się w okresie poczynającego rozpadu w płucach.

Pogorszenia nie stwierdziliśmy w tym czasie ani razu.

Co się tyczy samej wartości tych 2 preparatów, to pomijając większe lub mniejsze zalety jednego czy też drugiego środka, przyjąć należy że wybitniejszych różnic między niemi niema. Silistren jako preparat przygotowany farmaceutycznie, ma tę zasadniczą zaletę, że jest stałym w swoich składnikach, mieszanina zaś ziół, może, chociaż w niewielkich granicach, ulegać większym lub mniejszym wahaniom ilościowym, w zależności od zbioru.

Kończąc tych kilka uwag o znaczeniu kwasu krzemowego w przypadkach gruźlicy płucnej, należy zaznaczyć, że by osiągnąć odpowiednie wyniki, przy tej kuracji, należy ją przeprowadzać stosunkowo dłużej — bo jak to wykazały poprzednie doświadczenia kliniczne, organizm im dłużej zostaje zasilany krzemem, tem odporniejszym się staje, i tem większa jest gwarancja wytworzenia się obfitej ilości tkanki łącznej.

Piśmiennictwo.

1) Breest: Biochemis. Zeitschr. 108/1920. — 2) Freund: Therapie der Gegenwart 107/1924. — 3) Flaskämper: Zeitschrift für Tuberculose Bd. 39/1923. — 4) Gülke: Therapie der Gegenw. 2/1923. — 5) Kahle: Beitr. zur Klin. der Tuberculose 47 H. 2/1921. — 6) Klare: M. m. Wch. 20/1922. — 7) Kobert: Tuberculosis II-12/1918. — 8) Rössle: Beitrage zur Klinik der Tuberculose 47/1921. — 9) Schultz: Medizinische Klinik 18/1923. 10) Zimmer: Münch. mediz. Wochenschrift 70/1923. — 11) Helwig: „Weitere Untersuchungen über Wirkung reiner Kieselsäure auf die Phagozytose". Zeitschrift für Balneologie. Band 3. Heft 4. 12) Loewe: „Wirkungsbedingungen der Kieselsäure". Klinische Wochenschrift 6/1922. — 13) Robin: „Composition chimique et minéralisation de poumon chez le phtisique Application à la physiol. pathol. et à la therap. de la phtisien pulmonaire". Bull. mens: de la Societé scientif. sur la Tuber. II/1907. — 14) Keller: Fortschrite der Medizin 14/1927. „Klinische Erfahrungen über Sirau bei Erkrankungen der Atmungsorgane. — 15) Helbach: „Das Siljcasin in der Behandlung der offenen Kindertuberculose". Zeitschrift für Tuberculose. Band 49/1927. Heft 1. — 16) L. A. Dobrowolski: „Znaczenie racjonalnego odżywiania przy gruźlicy płucnej". Pol. Gaz. Lek. 1927 r. Nr. 44 i 45.

Dr. Robert BERNHARDT, Ordyn. Szpit. św. Łazarza. Warszawa.

O zespole dermatologicznym Duhringa-Brocqa.

(Dermatitis polymorpha dolorosa chronica Brocq. — Dermatitis herpetiformis Duhring).

Studjum kliniczne.

(Dokończenie).

Niezwykle ciekawie przedstawiają się badania nad przemianą solową i wodną w zespole Duhringa - Brocqa. Sprawę zapoczątkował Cassaët i Michelen (1906 r.), wskazując na niski poziom chlorku sodowego w moczu pęcherzycowych. Tutaj ma się zatem do czynienia z wydalaniem niedostatecznem i nagromadzeniem się soli kuchennej w ustroju. Dane te zostały częściowo potwierdzone przez G. Baumma (1910 r.) oraz G. Stümpkego (1911 r.). Drugi z tych badaczy wykazał, że podczas napadów pęcherzycy chlorek sodowy wydala się niedostatecznie z ustroju. W okresach zwolnienia schorzenia wartości ilościowe tej soli w moczu były natomiast prawidłowe, albo też nieco wzmożone lub zmniejszone. Zagadnienie zostało na nowo podjęte i dokładniej opracowane przez A. Kartamischewa i A. Pokornego (1923 i 1924 r.). Badania dotyczyły pęcherzycy pospolitej (jamy ustnej wzgl. łącznic), pęcherzycy brodawkującej oraz zespołu Duhringa-Brocqa. Okazało się, że w pęcherzycy pospolitej i w brodawkującej stwierdza się opieszałe wydalanie chlorku sodowego i wody, że zaburzenia te ulegają jednak wyrównaniu częściowemu lub całkowitemu równolegle do poprawy lub ustąpienia schorzenia podstawowego. Zatrzymanie NaCl i wody w ustroju (w krwi i w tkankach) stwarza stany, sprzyjające pęcznieniu i obrzmieniu tkanek (t. zw. skłonność do obrzęków — Oedembereitschaft). Wysokość poziomu chlorku sodowego w krwi jest dowodem i może być poniekąd miernikiem tego usposobienia. W zespole Duhringa - Brocqa stwierdza się zupełnie podobne zjawiska. Różnica polega jedynie na tem, że tutaj zboczenia przemiany solowej i wodnej nie sięgają tak wysokiego poziomu, jak np. w pęcherzycy brodawkującej *(pemphigus vegetans)*. Poza tem wykazać można tę samą równoległość pomiędzy natężeniem objawów klinicznych sprawy dermatologicznej i wahaniem się zboczeń przemiany materji. Tak więc przemiana ta ulega poprawie a nawet powraca do stanu prawidłowego w okresach zwolnienia schorzenia i w stanach wyleczenia pozornego.

Na zasadzie powyższego Kartamischew usiłuje ująć zespół Duhringa - Brocqa jako postać „łagodną" pęcherzycy (co zresztą pozostaje w zgodzie z poglądami zasadniczemi szkoły wiedeńskiej). Wprowadza on też pojęcie „pęcherzycy utajonej" *(pemphigus latens)* dla tych okresów i stanów zwolnienia, gdy można wykazać usposobienie do obrzęków obok i pomimo zupełnego braku objawów klinicznych. Usposobienie już jest rozwinięte w całej pełni nawet w tych przypadkach, gdy ma się do czynienia z pęcherzycą do czasu ściśle umiejscowioną (np. w pęcherzycy błony śluzowej ust). Wreszcie wypowiada się przypuszczenie (dotychczas nieudowodnione), że wystąpienie skłonności do obrzęków znacznie poprzedza wybuch objawów skórnych.

Z tych spostrzeżeń wynikałoby, że zboczenia przemiany materji nie są w danym razie uzależnione od zmian chorobowych skóry. To też Kartamischew wysnuwa stąd wniosek, odwracający zagadnienie. Wiąże on przyczynowo zmiany skóry z wadliwościami przemiany materji i zalicza całą grupę pęcherzyc (włącznie z zespołem Duhringa - Brocqa) do t. zw. osutek z zatrucia *(toxidermiae)*. Rolę jadu ma odgrywać chlorek sodowy, niewydalony dostatecznie, a zatem nagromadzający się w nadmiarze w ustroju. w tkankach.

Dane Kartamischewa co do zboczeń przemiany solowej i wodnej potwierdza w zarysach ogólnych E. Urbach (1926), oraz R. Leszczyński i O. Blatt (1927). Badacze ci dochodzą jednak do wniosków, różniących się zasadniczo od wypowiedzianych przez Kartamischewa. Urbach jest zdania, że zaburzenia przemiany chlorków, spostrzegane w grupie pęcherzyc, trzeba oceniać jako zjawisko wtórne. Nagromadzeniu się soli kuchennej w tkankach przypisuje się znaczenie zarządzenia obronnego, które ma zabezpieczyć ustrój od wzmożonego rozpadu białka. W tych warunkach można mówić o działaniu przeciwjadowem chlorku sodowego. Podobne zjawiska wykrywa się w schorzeniach zwanych rakiem, w charłactwie, w błednicy, w zapaleniu nerek, w oparzeniach, w chorobach zakaźnych ogólnych, a więc w wszystkich tych sprawach, w których stwierdza się rozpad wzmożony białek. Urbach sądzi zatem, że w obrazie klinicznym pęcherzycy zmiany skóry, zboczenia przemiany NaCl oraz zjawiska rozpadu białek są objawami skojarzonemi. Ich występowanie jest ściśle uzależnione od zadziałania tej podniety wyższej, którą pomawiać można o przyczynę pierwotną powstawania pęcherzycy, albo też zespołu Duhringa - Brocqa.

Poglądy podobne wypowiada Leszczyński i Blatt, który zapomocą metody Aldrichea i Mc. Clurea potwierdził istnienie usposobienia do obrzęku w pęcherzycy i w zespole Duhringa - Brocqa. Zaburzenia wydalania chlorku sodowego stanowią prawdopodobnie jeden z przejawów wadliwej przemiany podstawowej. Zjawisko można uważać za sprawdzian w ocenie ogólnego stanu ustroju.

Wedle doświadczenia mojego oddziału wydalanie niedostateczne chlorku sodowego w pęcherzycy prawdziwej oraz w zespole Duhringa - Brocqa stwierdza się mniej więcej w 75% spostrzeżeń. W pozostałych 25% poziom NaCl w krwi i w moczu waha się w granicach prawidłowych. Nawet w tych przypadkach można było jednak wykazać metodą Aldrichea i Mc Clurea istnienie usposobienia do obrzęków (zastrzykiwanie śródskórne 4% NaCl). Poszukiwania kontrolne, wykonane na większej liczbie chorych dermatologicznych, doprowadziły mnie też do wniosku, że zboczenia przemiany materji, podane przez Kartamischewa, a w szczególności zatrzymanie się chlorku sodowego w ustroju, nie może być poczytywane za zjawisko swoiste dla pęcherzycy i zespołu Duhringa - Brocqa. Pod tym względem zapatrywania moje nie różnią się od poglądów Ericha, Urbacha i D. Kristića.

Na uwagę jeszcze zasługuje spostrzeżenie Kartamischewa co do zachowywania się eozynofilji w przebiegu schorzenia Duhringa-Brocqa. Zaznacza on mianowicie, że w okresach zwolnienia sprawy chorobowej i w stanach wyleczenia pozornego liczba komórek eozynofilowych krwi zmniejsza się stopniowo, a wreszcie powraca do wielkości normalnych. Zjawisko idzie ręka w rękę z wydalaniem się wzmożonem chlorku sodowego z ustroju. Nie będzie od rzeczy zaznaczyć przy tej sposobności, że badacze polscy Stan. Klein i Funk (1893 r.) pierwsi zwrócili uwagę na wzmożoną eozynofilję krwi i zawartości pęcherzy w zespole Duhringa-Brocqa. Opracowanie szczegółowe tego zjawiska zawdzięczamy jednak głównie Lereddowi (r. 1895 i następne). Usiłował on udowodnić, że za znamienne dla sprawy należy uważać jedynie skojarzenie się eozynofilji tkankowej z eozynofilją krwi. Gdzie objaw ten nie występuje, nie można i nie trzeba zasadniczo rozpoznawać schorzenia skóry typu Duhringa - Brocqa (1896 r.). Wychodząc z tego założenia nadaje on eozynofilji znaczenie objawu różnicowo - rozpoznawczego i opierając się na nim tworzy własną teorję pochodzenia tej sprawy chorobowej. Wedle tych poglądów ma się do czynienia w danym razie z chorobą krwi, rozwijającą się na tle zatrucia lub samozatrucia. Jady wywierają wpływ szkodliwy na narządy krwiotwórcze, a w pierwszej linji na szpik kostny. Zmiany skóry są jednym z przejawów schorzenia ogólnego, które ocenia się, jako osutkę z zatrucia. Jest to zatem t. zw. *haematodermitis (recte haematotoxidermitis)*.

Poglądy Leredda na znaczenie rozpoznawcze objawu eozynofilji zostały po części potwierdzone (Perrin, Lerier, Danlos i in.), choć zaznaczyć trzeba, że nowa teorja spotkała się z niezwykle słabem poparciem. Wyjaśniło się, że eozynofilja nie jest objawem znamiennym, ani też nawet stałym zespołu Duhringa - Brocqa (Gaucher, Barbe, Claude, Hallopeau, G. Verrotti i in). Własne doświadczenie przekonało mnie, że eozynofilja krwi i tkankowa wykazuje się z ledwością w 55% spostrzeżeń niewątpliwych, typowych, o przebiegu przewlekłym. Okazało się dalej, że zjawisko

można stwierdzić w zespole Duhring-Brocqa, w pęcherzycy pospolitej i brodawkującej, w rumieniu wysiękowym wielopostaciowym, w pokrzywkach, w świerzbiączce, w pryszczycach, w opryszczkach, w schorzeniach ropnych skóry, w ziarniniaku grzybiastym, w trądzie, w świerzbie i t d. Wreszcie sam twórca teorji przyznał, że eozynofilja nie jest swoista dla schorzenia Duhring-Brocqa i że może posiadać pewne znaczenie rozpoznawcze jedynie w skojarzeniu z innemi objawami klinicznemi.

Rozważając znaczenie patogenetyczne eozynofilji wypadnie przedewszystkiem zaznaczyć, że ostatniemi czasy poświęcano jednak zbyt mało uwagi temu ciekawemu zjawisku. Szczupły materjał dowodowy nie upoważnia mnie do wniosków ogólniejszych. Zaznaczę jedynie, że w przypadkach schorzenia Duhringa-Brocqa, przebiegających z eozynofilją znaczniejszą, najczęściej stwierdzałem wysoki poziom chlorków, nadmiar cukru gronowego (skłonność do hyperglycemji), oraz obniżenie się poziomu wapnia w krwi. Chorzy zazwyczaj wykazywali odczyny wagotoniczne. W tych przypadkach uderzała też wybitna wielopostaciowość osutki z obfitością wykwitów rumieniowatych i pokrzywkowatych, a także wysokie natężenie objawów bólowych, a zwłaszcza swędzenia. Rzecz wymaga sprawdzenia dokładniejszego. Zasługuje jednak na wzmiankę, że eozynofilja i swędzenie wybitne zwykło też towarzyszyć tym pokrzywkom i pryszczycom, które bywają pomawiane o mechanizm anafilaktyczny i które częstokroć kojarzą się z dychawicą (E. Pulay). Należałoby zatem rozważyć, czy nie jest wskazane rozpatrywanie zagadnienia właśnie w tej płaszczyźnie. Należałoby też rozstrzygnąć, czy wahanie się poziomu eozynofilji i jej powrót do stanu prawidłowego w okresach zwolnienia schorzenia nie powinien być umieszczony w jednym rzędzie z zjawiskiem wahania się stopnia uczulenia skóry na przetwory jodowe (patrz dalej).

Do dalszych czynników usposabiających badacze także zaliczają rozmaite zboczenia czynności narządów wewnętrznych. Rzecz zasadniczo sprowadza się do wpływu szkodliwego różnych ciał chemicznych, które ulegają opieszałemu wydalaniu z ustroju. Ma się zatem do czynienia z zjawiskami samozatrucia *(autointoxicatio)*, podobnemi do spostrzeganych w wadliwościach przemiany materji (patrz wyżej). Jady mają działać na skórę bezpośrednio, albo za pośrednictwem układu nerwowego ośrodkowego, obwodowego i autonomicznego. Większe zaciekawienie zawsze wzbudzała czynność nerek. Sprawa wypłynęła wraz z zagadnieniem zespołu Duhringa-Brocqa i ostatnio znowu została poruszona przez Feronda (1927). Ma się tutaj na myśli niedomogę nerkową i zatrzymanie się w ustroju ciał, niewydalonych w czasie odpowiednim i w ilościach odpowiednich. Brocq podkreśla jednak słusznie, że dotychczas jeszcze nie ustalono, które ciało należy w danym razie pomawiać o działanie jadowe, a poza tem — co najważniejsze — nie rozstrzygnięto kwestji drogą doświadczalną. Zwraca też uwagę, że wydatna niedomoga nerek najczęściej występuje dopiero śród schorzenia. Odnosi się wrażenie, że nie mamy tutaj do czynienia z sprawą wywołującą, lecz raczej z wikłającą schorzenie podstawowe.

Z wielu stron zwracano też uwagę na nici patogenetyczne, łączące zespół Duhringa-Brocqa z układem gruczołów dokrewnych. Rzecz może dotyczyć przysadki mózgowej (Rostenberg), albo też tarczycy (du Castel, E. Khoór i in.). Nierzadko stwierdza się objawy niedomogi tarczycy. Nie rozstrzygnięto jednak, czy sprawa ta jest zjawiskiem pierwotnem, czy też wtórnem (E. Khoór). U kobiet nie jest też wyłączona zależność od gruczołów płciowych *(correlatio)*. W jednym z moich spostrzeżeń, dotyczącem kobiety 20-letniej z zaburzeniami miesiączkowania, ujawniono czynność nadmierną tarczycy. Zjawisko wystąpiło dopiero w przebiegu długotrwałem schorzenia Duhringa-Brocqa i podlegało wahaniom okresowym. Wzmożeniu się czynności tarczycy (z współczesnem obrzmiewaniem gruczołu) odpowiadało nasilenie się zmian skórnych oraz wzmożenie się stopnia uczulenia naskórka na działanie przetworów jodowych. Do najczęściej stwierdzanych faktów należy jednak uzależnienie osutki od czynności gruczołów płciowych. Zespół Duhringa-Brocqa może po raz pierwszy wystąpić podczas miesiączkowania, albo też ulegać nasileniu w tym okresie (Biberstein). Niemniej wyraźny bywa też wpływ okresu przekwitania (George T. Elliot). Do najpospolitszych zjawisk zalicza się atoli łączność zmian skóry z ciążą *(dermatite polymorphe douloureuse récidivante de la grossesse*, t. zw. *herpes gestationis)*. Osutka zjawia się podczas ciąży, znika po urodzeniu płodu i wznawia się podczas ciąży następnej, choć niekiedy może ominąć jedną a nawet dwie ciąże kolejne. Może ona jednak przetrwać ciążę, kwitnąć, rozwijać się, wznawiać się niezależnie od niej. Zdarza się, że takie zmiany skóry ustępują podczas ciąży ponownej, a powracają wraz z pierwszą miesiączką. Spostrzega się też, że osutka, już istniejąca przed ciążą, ulega zwolnieniu albo znika całkowicie podczas ciąży przygodnej (G. T. Elliot, Perrin, Bar, Tissier, A. Mélot, F. Balzer, Belloir i in.). W przypadku W. Flerinskijego zmiany skóry wystąpiły w 3 miesiące po usunięciu macicy. W spostrzeżeniu S. L. Bogrowa rak macicy towarzyszył schorzeniu Duhringa-Brocqa. Osutka znikła po operacji i nie powróciła pomimo nawrotu raka.

Z powyższego wynikałoby, że gruczoły dokrewne przyjmują żywy udział w powstawaniu zespołu Duhringa-Brocqa. Nie należy jednak przypisywać im znaczenia bodźca przyczynowego. Uczestniczą one w patogenezie, w mechanizmie sprawy chorobowej, tworząc ogniwo, łączące bodziec wywołujący z zmianami chorobowemi skóry. W ten sposób można objaśnić np. działanie wywołujące jodku potasowego. Wyobrażamy sobie, że odbywa się ono za pośrednictwem tarczycy. Że w tym mechanizmie współpracuje układ nerwowy autonomiczny, nie ulega oczywiście wątpliwości. Oba układy — dokrewno-gruczołowy i autonomiczny — stanowią bowiem całość niepodzielną. Zmiany układu nerwowego autonomicznego widocznie należą do rzędu czynnościowych (J. Golay). Prawdopodobnie ma się do czynienia z zachwianiem równowagi czynnościowej, które dotyczyć może całego układu, albo też jego poszczególnych odcinków (sympatyk, parasympatyk). Nierzadko stwierdza się objawozbiór wagotoniczny.

Zmiany chorobowe układu nerwowego ośrodkowego wykrywano stosunkowo częściej w pęcherzycy, niż w zespole Duhringa-Brocqa. Nie zajmuję się tutaj zagadnieniem pęcherzycy prawdziwej. Co się zaś tyczy Duhringa-Brocqa, muszę zauważyć, że zmiany te wykazywano rzadko, powiem nawet wyjątkowo rzadko. Brocq podaje przypadek Bristowe, w którym stwierdzono gruźlicę kręgów piersiowych. W spostrzeżeniu Meiera uległy zwyrodnieniu gałęzie nerwowe, odpowiadające przestrzeniom skóry schorzałej, a poza tem istniały zmiany w pęczku Golla i Burdacha. P. Gastou opisuje gruźlicę kręgów szyjowych, sklejenie opon rdzeniowych z kręgami (Gastou i Leredde). zmiany istoty szarej rdzenia, rogu bocznego tej substancji *(tractus intermedio-lateralis)*, oraz pęczka Clarkea. W spostrzeżeniu Spitzera, dotyczącem 5-cioletniego dziecka, miało się do czynienia z zapaleniem rogów przednich rdzenia. Covey, A. Strickler, C. Brown stwierdzili zmiany rogów oraz korzonków tylnych rdzenia. Niekiedy istniały też zmiany płynu mózgowo-rdzeniowego (Milian, Pautrier, Strickler, Brown). Wreszcie wspomnę, że w spostrzeżeniu Heralda Boasa, w okresie zwolnienia schorzenia Duhringa-Brocqa wystąpiła choroba umysłowa z cechami przygnębienia. Boas mniema, że sprawa była pochodzenia jadowego (toksycznego).

Takie i podobne fakty zazwyczaj bywają przytaczane na dowód „nerwowego" pochodzenia zespołu Duhringa-Brocqa. Nie przesądzając sprawy ostatecznie trzeba jednak podnieść, że niektóre z podanych zmian chorobowych (np. gruźlica kostna) mogły istnieć niezależnie od schorzenia skóry, a w najgorszym razie wikłać się wzajemnie. Inne znowu (np. zmiany rdzenia) mogą być wynikiem posocznicy, powstałej wskutek zakażenia wtórnego paciorkowcem, gronkowcem, prątkiem błękitnoropnym i t. p. Schorzenia pęcherzowe skóry niezwykle łatwo ulegają zakażeniu naruszonemu. W warunkach sprzyjających zarazki przenikają do krwi i powodują zakażenie ogólne. Wiadomo, że w schorzeniu skóry typu Duhringa-Brocqa chorzy częstokroć umierają przy objawach posocznicy. Covey, A. Stickler i Claude P. Brown najwidocznej stoją na takiem stanowisku.

Obok czynników usposabiających istnieje cały szereg bodźców zewnętrznych i wewnętrznych, odgrywających rolę wywoływaczy zmian skóry zespołu Duhringa-Brocqa. W niektórych przypadkach osutka występowała widocznie pod wpływem podniet aktynicznych i cieplnych. Tak więc w spostrzeżeniu L. M. Pautriera i Metzgera schorzenie ujawniło się pod wpływem kąpieli świetlnych. Nobl wskazuje na działanie wywołujące promieni słonecznych. O wiele częściej trzeba się jednak liczyć z działaniem szkodliwem różnych ciał chemicznych, podawanych zewnętrznie i wewnętrznie w postaci leków. Leki wywołują pierwsze zmiany skóry, albo też powodują nasilenie się już istniejących. Wybuch osutki spostrzegano po wcieraniu szaruchy (F. Balzer i Sevestre), po wewnętrznem stosowaniu rtęci (Naegeli), kw. salicylowego (Gaucher, Gougerot, Meaux Saint-Marc), bromku sodowego (Chajes, Vogel) lub jodku potasowego, po zastrzykiwaniach podskórnych surowicy końskiej (Olsen) i t. p. Przypuszcza się że w tych razach ciała chemiczne były wywoływaczami przygodnemi usposobienia utajonego do zmian skóry typu Duhringa-Brocqa.

Zjawiska nasilenia się sprawy chorobowej mogą występować po zadawaniu wewnętrznem makowca, salicylanu sodowego (Tenneson, Gaston Lyon), arsenu, rtęci (Łapowski), weronalu (J. L. Bunch), po zastrzykiwaniach propidonu (Wiktor Borkowski), kasceosanu (Kruppe, Werther), a nadewszystko pod wpływem przetworów jodowych i bromowych. Ma się tu na myśli głównie jodek

potasowy, którego działanie nasilające ujawnia się o tyle często, że zjawisko dziś już bywa uważane przez niektórych klinicystów za ważny objaw rozpoznawczy zespołu Duhringa - Brocqa. Rzecz zasługuje na omówienie bliższe.

W zespole Duhringa - Brocqa francuzi pierwsi zwrócili uwagę na szczególną wrażliwość chorych na działanie jodku sodowego, podawanego do wewnątrz (Besnier, Doyon, Wickam, Danlos i in). Na zjawisko uczulenia naskórka na KJ w stosowaniu zewnętrznem wskazał J. Jadassohn oraz jego współpracownicy.

W 24 godz. po zażyciu jodku potasowego stwierdza się nasilenie sprawy chorobowej. Wykwity obrzmiewają i występują wyraźniej, a poza tem zjawiają się jeszcze zmiany świeże rumieniowate, pęcherzykowe i pęcherzowe. Dawka średnia wywołująca wynosi 0,3 — 0,5. Uczulenie może niekiedy sięgać stopnia bardzo wysokiego i ujawnić się już po zadaniu 1 mg KJ (R. Spitzer). Na podawanie wewnętrzne jodku sodowego (NaJ) chorzy nie oddziaływują nawet po dawce 5 g pro die (C. Klepper). Odczyn może jednak wystąpić po jod - glidynie (R. Spitzer), po dwujodku siarki sulfur. jodat. (Werther), a podobno nawet po winie burgundzkiem, które ma zawierać ilości najdrobniejsze jodu (Werther). Odczyn występuje często, lecz niestale. Naegeli podaje 47%, Klepper 60%, Olga Eliascheff 80%, Spitzer 88%. Dane własne wykazują liczbę 75. J. Jadassohn zwraca uwagę, że występowanie odczynu zależy nietylko od poziomu uczulenia osobniczego (wielkość dawki KJ), lecz także od okresowego wahania się poziomu w przebiegu schorzenia. Zjawisko należy zatem do rzędu niestałych i pod tym względem zachowuje się podobnie jak odczyn naskórny po stosowaniu zewnętrznem jodku potasowego (patrz dalej). Trzeba poza tem wskazać, że po zażyciu KJ może wystąpić słaby napad w okresie utajenia schorzenia. Do tej kategorji należy też zaliczyć fakty kliniczne wykazujące że napad pierwszy schorzenia Duhringa - Brocqa może niekiedy ujawnić się po stosowaniu przygodnem jodku potasowego np. z powodu nieżytu nosa, oskrzeli i t. p. (Danlos, Hildebrandt, Naegeli, Lennhoff i in.). Rzecz oczywiście dotyczy osobników usposobionych (patrz wyżej).

W zawartości pęcherzy, wywołanych stosowaniem wewnętrznem jodku potasowego, nie wykazano obecności jodu po dawce 1,0 — 1,5 KJ (Klepper, Spritzer). Odczyn na jod występował dopiero po dawce 2,0 — 3,0 KJ (Spitzer). Naegeli nie wykrył jodu w pęcherzach wywołanych, spowodował jednak powstawanie świeżych po zastrzyknięciu doskórnem zawartości tych pęcherzy.

Wydalanie się jodku potasowego z moczem było prawidłowe ilościowo, acz przyśpieszone w danym okresie czasu (C. Klepper).

W niektórych przypadkach stwierdzono ponad to oddziaływanie na bromek potasowy (KBr), podawany do wewnątrz (M. Jessner, H. Hoffmann). Niewątpliwe nasilenie się sprawy chorobowej wykazywano rzadko (stosunek 1 : 8). Dawka nie przekraczała 3 g na dobę. Wynika z tego, że w schorzeniu Duhringa - Brocqa należy jednak być ostrożnym w zalecaniu przetworów bromowych w celu zwalczania swędzenia i bezsenności.

W zespole Duhringa-Brocqa istnieje też uczulenie naskórka na jodek potasowy w stosowaniu zewnętrznem. Odczyn wywoływa się zapomocą wcierania w przestrzenie zdrowe maści waselinowej, zawierającej KJ w stężeniu 10—50% (Naegeli). Początkowo przypuszczano, że do doświadczeń nadaje się jedynie maść waselinowa (Hirschfeld, Pollio), okazało się jednak, że dobre usługi oddają też inne tłuszcze, np. lanolina, laneps (J. Jadassohn, R. Spitzer), a nawet papka zarobiona z wodą i krochmalem (C. Klepper). Odczyn występuje po upływie doby i wykazuje cechy kliniczne rumienia, zapalenia skóry grudkowatego, pęcherzykowatego lub pęcherzowego. Natężenie odczynu zależy w znacznej mierze od stężenia maści (Naegeli), choć zasadniczo stopień stężenia KJ bywa wskaźnikiem poziomu uczulenia skóry (podobnie jak w stosowaniu wewnętrznem KJ). Tak więc osobnik, który nie oddziaływa na stężenie 10% KJ, może wykazywać odczyny po wcieraniu maści o zawartości 20 lub 50% jodku potasowego. W przypadku przeciętnym zjawiska odczynowe spostrzega się jednak już po zastosowaniu 10% KJ.

W tych przypadkach, w których odczyn nie występuje w skórze zdrowej, można go spowodować wcieraniem maści w przestrzenie uprzednio schorzałe (J.Jadassohn). Takie miejsca wykazują szczególne uczulenie na jodek potasowy. Zdarza się, że osobnik chory bywa wrażliwy na podawanie wewnętrzne KJ, a obojętny na stosowanie zewnętrzne (n. p. w spostrzeżeniu Wac. Sterlinga lub Werthera). W takich razach częstokroć udaje się ujawnić odczyn naskórny zadając współcześnie do wewnątrz jodek potasowy. Podobne zjawisko niekiedy stwierdzano w przypadkach, obojętnych na zadziałanie wewnętrzne i zewnętrzne jodku potasowego. Odczyn naskórny występował dopiero w warunkach współczesnego wcierania maści 40% i podawania KJ w dawkach 0,3 × 3 na dobę (O. Naegeli). Częstość odczynu naskórnego Spitzer podaje na 20%, Naegeli na 28%, Olga Eliascheff na 60%, a C. Klepper na 70% w skórze zdrowej i 100% w uprzednio schorzałej. Odczyn podlega poza tem znacznym wahaniom natężenia, które nietrudno wykazują się w przebiegu długotrwałym schorzenia Duhringa-Brocqa. Zachodzi zatem zupełne podobieństwo do zjawisk, spostrzeganych po zadawaniu wewnętrznem jodku potasowego (patrz wyżej).

Stosowanie nalewki jodowej, maści jodowej na waselinie (*jodum pur. metal. c. vaselino)*, oraz maści waselinowej z jodkiem sodowym (NaJ) daje wyniki ujemne (C. Klepper). Muszę jednak zauważyć, że w niektórych przypadkach otrzymywałem zapalenie pęcherzykowe skóry, gdy pokrywano ceratką miejsce posmarowane nalewką jodową.

Z doświadczeń M. Jessnera i H. Hoffmanna wynikałoby jeszcze, że nieomal wszystkie przypadki Duhringa - Brocqa wykazują wrażliwość na stosowanie zewnętrzne bromku potasowego (KBr), zarobionego w waselinie. Powstają odczyny głównie rumieniowate, rzadziej pęcherzykowate. Natężenie sprawy bywa jednak słabsze od spostrzeganego po wcieraniu jodku potasowego.

Zjawiska uczulenia na jodek potasowy wskazują, że musi istnieć jakieś powinowactwo pomiędzy tem ciałem a domniemanym bodźcem przyczynowym zespołu Duhringa-Brocqa. Powinowactwo może być chemiczne, albo też biologiczne, a może dotyczyć nietylko jodku potasowego, lecz całej grupy galoidów. Co się tyczy tłumaczenia istoty uczulenia, trzeba zauważyć, że większość badaczy wskazuje dziś na tarczycę, jako na ogniwo pośredniczące. Przeświadczenie wynika z dwóch przesłanek. Pierwsza dotyczy znanej i stwierdzonej wrażliwości na jod osobników, dotkniętych wolem lub chorobą Basedowa. Druga opiera się na sumie danych klinicznych i pracownianych, które wskazywać mogą na istnienie zaburzeń czynności tarczycy w zespole Duhringa-Brocqa. Dane te obejmują głównie: a) zboczenia przemiany podstawowej (patrz wyżej); b) wyniki próby Abderhaldena, wskazujące na rozkład gruczołu tarczowego (R. Spitzer); c) doświadczenia G. A. Rosta i B. Stubera. Okazało się zatem, że kw. guanidino-octowy, zastrzyknięty dożylnie królikowi, ulega metylowaniu, czyli przetwarza się w kreatyninę jedynie wówczas, gdy zwierzę posiada gruczoł tarczowy prawidłowy. Odczyn nie odbywa się u zwierząt pozbawionych tarczycy, występuje jednak z powrotem, gdy karmić je przetworami tarczycy, preparatami nieorganicznemi jodu, albo też surowicą zwierzęcia lub człowieka prawidłowego. Takich własności nie posiada surowica ludzka w zespole Duhringa-Brocqa. W stosunku do kw. guanidino-octowego zachowuje się ona podobnie, jak surowica zwierząt pozbawionych tarczycy. Przypuszczać należy, że zawiera ona zbyt mało jodu, by spowodować mogła metylowanie. Zjawisko najwidoczniej wskazuje na zaburzenia czynnościowe gruczołu tarczowego. W łączności z powyższem Rost wypowiada pogląd, że krew takich osobników prawdopodobnie zawiera jakieś ciała trujące, które mogą spowodować wybuch osutki.

Zatrzymałem się dłużej nad zagadnieniem wrażliwości na jodek potasowy w zespole Duhringa-Brocqa, boć sprawa ta jest bądź jak bądź niezwykle zajmująca i przyczynia się niemało do poszerzenia naszych wiadomości klinicznych i patogenetycznych. Już wyżej wskazałem, że częstokroć usiłuje się nadać zjawisku znaczenie objawu różnicowo-rozpoznawczego. Rzecz dotyczy przypadków, w których na razie (z powodu zbyt krótkiego okresu spostrzegania) nie można rozstrzygnąć, czy ma się do czynienia z pęcherzycą prawdziwą, czy też z odmianą pęcherzową zespołu Duhringa-Brocqa. Stwierdzenie uczulenia skóry na KJ (a także na KBr) może przemawiać na korzyść schorzenia Duhringa-Brocqa, gdyż odczyn zazwyczaj nie występuje w pęcherzycy prawdziwej (Bruhns, Buschke, M. Jessner, H. Hoffmann). Na zasadzie doświadczenia własnego mogę to potwierdzić do pewnego stopnia, choć zaznaczyć muszę, że objaw widocznie posiada wartość względną. W piśmiennictwie można jednak spotkać się już dziś z spostrzeżeniami, w których stwierdzenie uczulenia na KJ rozstrzygało o rozpoznaniu. M. Jessner i H. Hoffmann podaje, że przypadki które początkowo rozpoznawano jako pęcherzyce i które ujawniały wrażliwość na jod i brom, najczęściej przebiegały pomyślnie. Po dłuższem spostrzeganiu trzeba było zaliczyć je do zespołu Duhringa-Brocqa. Nawiązując do tych faktów J. Jadassohn zaznacza, że w okresach początkowych schorzenia częstokroć niełatwo rozstrzygnąć, czy ma się do czynienia z zespołem Duhringa-Brocqa, czy też z pęcherzycą prawdziwą. Niezawsze bowiem można stwierdzić w każdej danej chwili obecność sumy dostatecznej cech, znamiennych dla tej lub innej sprawy chorobowej. W takich razach ustala się rozpoznanie tymczasowe na zasadzie przewagi objawów klinicznych. W szeregu tych objawów zjawisko uczulenia na jodek potasowy zajmuje miejsce niepoślednie. W pewnych

warunkach może ono zatem przechylić szalę w tę lub w inną stronę.

Niemałe zaciekawienie wzbudzają też rozważania patogenetyczne. Gdy się uwzględni, że jodek potasowy może spowodować pierwszy napad schorzenia Duhringa-Brocqa, że w okresie zwolnienia może on wywołać tę sprawę chorobową z utajenia, że wreszcie może ją też nasilać dzięki stosowaniu zewnętrznemu i wewnętrznemu, to mimowoli nasuwa się podobieństwo do warunków powstawania osutek z zatrucia pochodzenia różnorakiego *(toxidermiae)*. Szczególnie uderzające są linje równoległe do osutek lekowych. Wiadomo bowiem, że te zmiany skóry mogą częstokroć powstawać wskutek zadziałania danego ciała chemicznego z zewnątrz — poprzez skórę na wewnątrz, oraz z wewnątrz — poprzez skórę nazewnątrz. Wiadomo też, że mechanizm anafilaktyczny zwykł przyświecać osutkom tego rodzaju. Z tem znowu można powiązać ściślej zjawisko szczególnej wrażliwości skóry (alergja) w schorzeniu Duhringa-Brocqa, oraz możność odczulenia takiego ustroju na działanie szkodliwe jodku potasowego. Już Galloway i Stephen Mackenzie wspomina o stanie uczulenia niezwykłego skóry w zespole Duhringa-Brocqa (1898 r.). Zdaje się jednak, że na ten szczegół narazie nie zwrócono uwagi należytej. Opracowanie dokładniejsze zagadnienia widocznie zawdzięczamy doświadczeniom G. Thibiergea i P. Gastinela (1914 r.). Badacze ci wykazali przedewszystkiem, że w schorzeniu Duhringa-Brocqa ma się do czynienia z uczuleniem wielowartościowem powłoki skórnej. Odczyny swoiste (wykwity pęcherzykowo-pęcherzowe) wywoływano zapomocą zastrzykiwania doskórnego rozmaitych ciał chemicznych (np. zawartości płynnej pęcherzy, roztworu fizjologicznego soli kuchennej, surowicy przeciwbłoniczej i przeciwtężcowej, tuberkuliny). Odczyn występował po upływie 24 godzin. Zauważono poza tem, że uczulenie skóry sięgało stopni najwyższych w obrębie przestrzeni schorzałych, słabło i znikało stopniowo w miarę oddalania się od nich. Wreszcie stwierdzono, że częste wznawianie się jakiegoś odczynu na pewnej przestrzeni nadaje skórze stan uczulenia wysokiego, wzmożonego. W niektórych spostrzeżeniach O. Naegeliego można było wykazać uczulenie na przetwory rtęciowe.

Wiadomości powyższe trzeba jeszcze uzupełnić danemi, dotyczącemi uczulenia na bakterje ropne. Carl Bruck udowodnił (1908 r.), że w zespole Duhringa-Brocqa (a także w pęcherzycy prawdziwej) można spowodować odczyn pęcherzykowo-pęcherzowy zapomocą szczepionek gronkowcowych i paciorkowcowych, stosowanych naskórnie w próbie sposobem Pirqueta. Podobne wyniki daje zawartość płynna jałowa pęcherzy. Odczyn uczuleniowy wykazuje się też szczepionkami, zastrzykiwanemi doskórnie (Fr. Walter, S. Rygier-Cękalska, W. Paszkowska).

Z doświadczeń, poczynionych w mojem oddziale dermatologicznym szpitala św. Łazarza, wynika, że w zespole Duhringa-Brocqa trzeba przedewszystkiem liczyć się z uczuleniem wielowartościowem skóry (wzgl. naskórka). Skala uczulenia jest dosyć szeroka i wielce różnorodna. Na uwagę zasługuje jednak, że zjawisko zazwyczaj nie występuje w pęcherzycy prawdziwej *(pemphigus verus)*. Wyjątek stanowi jedynie uczulenie na bakterje ropne, które wykazuje się w stopniu niemal jednakim w pęcherzycy i w schorzeniu Duhringa-Brocqa. Kilka przykładów wyraźnie zobrazuje stan rzeczy.

I. A. Kr., 20 lat. — *Dermatitis chr. polymorpha dolorosa Duhring-Brocq. Typus herpetiformis.*

Sublimat +
Resorcyna —
Formalina +
Pomornik (Arnica) —
Pierwiosnek (Primula) —
Maść KJ 10% +
Maść KJ 20% ++
Maść KBr 10% ++
Maść KBr 20% ++
KJ 0,5 × 2 do wewnątrz +
Sol. KJ. 10% doskórnie + (pęcherze)
Tra jodi —
Ungt. cinereum —
Szczepionka paciorkowcowa + (odczyn pęcherzykowy).
Szczepionka gronkowcowa ++ (odczyn pęcherzowy).

II. Gn., 31 lat. — *Dermatitis chr. polymorpha dolorosa Duhring-Brocq. Typus polymorphus.*

Sublimat —
Resorcyna —
Formalina —
Pomornik (Arnica) +
Pierwiosnek (Primula) —
Maść KJ 10% +
Maść KBr 10% —
Maść KBr 20% +
Sol. KJ 10% doskórnie +
Sol. KBr 10% doskórnie +
Pepton 10% doskórnie +
KJ 0,5 × 2 do wewnątrz +
KBr 0,5 × 3 do wewnątrz —
Tra jodi —
Tra jodi pod ceratką +
Ungt. cinereum +
Empl. cinereum +
Hydrarg. oxycyanatum 0,01 dożylnie —
ATuberculinum 1:1000 doskórnie ++ (pęcherz)
Ektebin +
Pepton 10% doskórnie +
Leukoplast ++
Szczepionka gronkowcowa doskórnie + } kowo-pęcherzowy.
Szczepionka paciorkowcowa doskórnie + } odczyn pęcherzy-

III. St. M., 24 lat. — *Dermatitis chr. polymorpha dolorosa Duhring-Brocq. Typus herpetiformis.*

Sublimat +
Resorcyna —
Formalina —
Pomornik (Arnica) +
Pierwiosnek (Primula) —
Maść KJ 20% +
Maść KBr 10% —
Maść KBr 20 —
Sol. KJ 10% doskórnie +
Sol. KBr. 10% doskórdnie +
KJ 0,5 × 2 do wewnątrz +
KBr 3 g do wewnątrz +
Tra jodi —
Tra jodi pod ceratką +
Leukoplast ++
ATuberkulinum doskórnie +
Ektebin +
Pepton 10% doskórnie ++
Szczepionka gronkowcowa doskórnie ++
Szczepionka paciorkowcowa doskórnie +

Dane powyższe wskazują na rozległą skalę uczulenia skóry. Potwierdziło się też, że odczyny występują najwyraźniej w obrębie i w bliższem sąsiedztwie przestrzeni schorzałych. Stwierdzono ponad to jałowość zawartości pęcherzyków i pęcherzy wywołanych, świeżych.

Na uwagę zasługują jeszcze usiłowania, zdążające do odczulenia ustroju na działanie szkodliwe jodku potasowego. W próbach stosowano dwie metody antyanafilaktyczne: odczulanie dawkami wielkiemi *(choc brutal, ictus immunisatorius)*, oraz odczulanie stopniowe ilościami najmniejszemi jadu (dawniejsze *mithridatisatio*, dziś skeptofilaksja). Tak więc Perls (1926 r.) podawał początkowo 10 g KJ w okresie 8-dniowym, a następnie zmniejszał dawkę stopniowo do 0,05 KJ tygodniowo. Wynik leczenia był pomyślny. O. Naegeli (1927 r.) osiągnął wyleczenie zadając dawki wzrastające jodku potasowego: od 0.5 × 3 do 2,0 × 3 (ogółem 244 g KJ w ciągu 55 dni). Metodę dawek niewielkich stosował Spitzer, Werther, Dufke. W przypadku niezwykłej wrażliwości na jod (nasilenie po 1 mg KJ) Spitzer (1923 r.) odczulił chorego dawkami wzrastającemi, począwszy od 0,01 mg, skończywszy na 1,5 mg KJ. — Wertherowi (1926 r.) udało się osiągnąć wyniki dodatnie podawaniem jodtyminu, zawierającego ilości najdrobniejsze jodu. Dufke (1926 r.) stwierdził poprawę stanu chorobowego po stosowaniu preparatu homeopatycznego: *tabl. sulfur. jodat.* D 6.

* * *

Trzeba jeszcze wspomnieć o chorobach zakaźnych, jako o dalszym czynniku wywołującym, czy też sprzyjającym występowaniu zespołu Duhringa-Brocqa. Takie fakty są nierzadko notowane w piśmiennictwie. Tak więc w spostrzeżeniu Schulberga objawozbiór Duhringa-Brocqa miał wystąpić po zapaleniu płuc, w przypadku O. Rosenthala po błonicy, w przypadku W. Cordesa po odrze. Hallé i Giroire podają znowu, że zjawiska skórne Duhringa-Brocqa ustąpiły w przebiegu odry, powróciły zaś w okresie zdrowienia. Przy tej sposobności nadmienię, że próby leczenia zimnicą szczepioną dotychczas nie dały wyników dodatnich (Dufke, W. Cordes). W spostrzeżeniach O. Naegelego i Davisa schorzenie

Duhringa-Brocqa ujawniło się po szczepieniu ospy. W przypadkach Tixiera i Löwenberga współistniało ono z ziarninowatością limfatyczną *(lymphogranulomatosis)*. Wreszcie dodam, że ostatnio Marcus (1927) wskazuje na dopuszczalne uzależnienie tej sprawy od przymiotu.

Rozważanie danych powyższych nastręcza uwagi następujące. Nie można zaprzeczyć stanowczo, aby choroby zakaźne ogólne nie miały i nie mogły przygodnie występować w roli wywoływaczy zespołu Duhringa-Brocqa. Nie można jednak tego dowieść z całą pewnością. Wydaje się też, że niektóre z tych spostrzeżeń zostały niewłaściwie ujęte rozpoznawczo. Tak np. w przypadku Schulberga nie widać koniecznej potrzeby rozpoznawania zespołu Duhringa-Brocqa. Miało się widocznie do czynienia z zwykłym rumieniem wielopostaciowym o przebiegu ostrym. Jeżeli zatem przypuścimy, że choroby zakaźne trzeba zaliczyć do rzędu podniet wywołujących, wypadnie nadać tę rolę jadom bakteryjnym. Mogą one zadziałać na skórę i spowodować ujawnienie się usposobienia utajonego do odczynu typu Duhringa-Brocqa. Nie jest jednak nieprawdopodobne, że w danym razie chorobom zakaźnym przypada udział jedynie czynników usposabiających. W przebiegu sprawy zakaźnej łatwo następuje zachwianie równowagi układu dokrewnonerwowego, a ta okoliczność może sprzyjać wybuchowi schorzenia skórnego. Warunki są zupełnie podobne do spostrzeganych w innych odczynach skóry, np. w łuszczycy, na co już dawniej zwracałem uwagę (patrz Pol. Gaz. Lek. 1923, Nr. 6: Przyczyny i sposób powstawania łuszczycy).

Z sprawą chorób zakaźnych łączy się pośrednio zagadnienie pasorzytniczego pochodzenia schorzenia Duhringa-Brocqa. Teorja miała i ma zwolenników. Trzeba jednak zaznaczyć bezstronnie, że na potwierdzenie i uzasadnienie teorji dotychczas nie dostarczono dowodów dostatecznie przekonywających. Zwraca też uwagę, że nawet fakty i dane kliniczne bynajmniej nie przemawiają na korzyść tych poglądów. Schorzenie nie wykazuje przebiegu prawidłowego kresowego, a nawroty występują bez powodu uchwytnego w odstępach dowolnych, nieregularnych. Sprawa widocznie nie jest zakaźna, ani zaszczepliwa, nie występuje sezonowo lub nagminnie. Nie stwierdza się też samoprzeszczepialności wykwitów skórnych (z wyjątkiem tych, które przygodnie uległy zakażeniu ropnemu wtórnemu). Wszystkie te dane bynajmniej nie nasuwają przypuszczenia o wyłącznem lub przeważającem znaczeniu czynnika pasorzytniczego w powstawaniu obrazów chorobowych typu Duhringa-Brocqa.

Poszukiwania bakterjologiczne, poczynione do tej pory, wykazały wyjątkowo zgodne wyniki w przeważającej większości przypadków. Okazało się, że krew chorych, a także zawartość pęcherzy świeżych bywa stale jałowa. Zastrzykiwania podskórne i dożylne zawartości pęcherzy dały u królika wyniki ujemne (E. Gaucher, H. Claude).

Wobec stwierdzonej jałowości krwi zwolennicy teorji pasorzytniczej kładą nacisk głównie na badanie bakterjologiczne zawartości wykwitów pęcherzykowych i pęcherzowych. Wykrywano drobnoustroje rozmaite i usiłowano nadać im mniejsze lub większe znaczenie patogenetyczne. Rzecz dotyczy zresztą nietylko zespołu Duhringowskiego, lecz potrąca o pęcherzycę prawdziwą. Tak więc w jednym przypadku schorzenia Duhringa-Brocq otrzymano z zawartości pęcherzy hodowlę czystą prątka Ebertowskiego (G. W. Dawson). Zastrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej spowodowało ustąpienie zjawisk skórnych, nie zabezpieczyło jednak od nawrotu schorzenia. Bruck wykrywał paciorkowce w pęcherzach, trwających dłużej niż dwie doby (pęcherze świeże były jałowe). Próba wiązania dopełniacza wypadła ujemnie. Fr. Krzyształowicz i M. Grzybowski stwierdzili w zespole Duhringowskim obecność w pęcherzach paciorkowca, albo też paciorkowca wraz z gronkowcem (1:1). W przypadku pęcherzycy jamy ust Ullmann znalazł drożdżowce w nadżerkach popęcherzowych. W spostrzeżeniu pęcherzycy prawdziwej Engelhardt wykrył drożdżowce w zawartości pęcherzy skóry. Krew była jednak jałowa i nie zawierała ciał zlepnych, ani też przeciwciał.

Przytoczone dane bynajmniej nie wyczerpują przedmiotu. Są to jedynie przykłady poszukiwań bakterjologicznych. W zawartości bowiem pęcherzy starszych, a zwłaszcza zropiałych zawsze można wykryć niezwykle obfitą i różnorodną florę bakteryjną, która w rzeczywistości nie zasługuje na omówienie bliższe. Najczęściej znajdowano gronkowce, paciorkowce, dwoinki, prątki łańcuszkowate oraz rozmaite ziarenkowce i prątki nieokreślone bliżej. Jest rzeczą jasną, że tutaj ma się do czynienia z zakażeniem wtórnem, o które nietrudno w przebiegu schorzenia skóry przewlekłego pęcherzowego i swędzącego. Drapaniem można zaszczepić drobnoustroje rozmaite. Należy jednak przedewszystkiem uwzględnić, że nawet w stanie prawidłowym powierzchnia skóry bynajmniej nie bywa jałowa. W tych warunkach wykwit pęcherzykowy i pęcherzowy może od samego początku zawierać zarazki, gdyż powstaje w środowisku zakażonem lub zakażeniu bliskiem. Dotyczy to w pierwszej linji ziarenkowców ropnych — paciorkowców i gronkowców. Wiadomo, że na powierzchni skóry zdrowej (w znaczeniu klinicznem) gronkowiec bytuje stale, paciorkowiec zaś niezwykle często. H. Haxthausen wykrywał paciorkowca w 7% przypadków badanych, Th. Photinos w 64%. Inni podają cyfry pośrednie. Tak więc Flehme w 15% znajdował paciorkowca w skórze prawidłowej. W przypadkach schorzenia liszajcowatego badacz ten wykazywał w 90% obecność paciorkowca na przestrzeniach niezajętych i zdala od ogniska chorobowego. Wobec tych danych staje się zrozumiałe, że o wartości patogenetycznej ziarenkowców ropnych w dermatologji można mówić jedynie na zasadzie dowodów bardzo ważkich. Dlatego też nie są przekonywające przypuszczenia Fr. Krzyształowicza i M. Grzybowskiego, sprowadzające etjologję zespołu Duhringa-Brocqa do zakażenia paciorkowcowego. Hipoteza opiera się jedynie na wykryciu obecności paciorkowca w zawartości pęcherzy (w 50% wraz z gronkowcem). Poza tem nie przytoczono żadnych danych, określających bliżej tego ziarenkowca i stwierdzających jego swoistość patogenetyczną. Nie wiadomo zatem, jakie były własności i odrębności hodowlane szczepów wyodrębnionych, czy występowały odczyny biologiczne, czy szczepy były jadowite dla zwierząt i t. p. Dodać trzeba ponad to, że nie wykryto paciorkowca w krwi chorych. Wydaje się zatem, że badacze nie przytoczyli sumy dostatecznej danych pozytywnych, zniewalających, lub też zachęcających do przyjęcia ich hipotezy. Powoływanie się na analogje częstokroć dalekie nie może być poczytywane za dowód, a sama bakterjologja pęcherzy dziś nie przekona każdego. Zespół dermatologiczny Duhringa-Brocqa jest wszak sprawą, dotyczącą całego ustroju, a wykwity skórne wzgl. pęcherze są jedynie objawami miejscowemi schorzenia ogólnego. W tych warunkach flora pęcherzy posiada znaczenie dalekorzędne. Czy obchodzi nas zawartość bakterjologiczna pęcherzy np. w pokrzywce pęcherzowej? Nie! Przyczyn zjawiska szukamy w samym ustroju. Jeżeli zaś ma się wogóle mówić o znaczeniu patogenetycznem ziarenkowców ropnych w zespole Duhringa-Brocqa, to rolę ich można sprowadzić jedynie do czynności podniet wywołujących zewnętrznych. Wypadnie powiedzieć, że w skórze uczulonej mogą one niekiedy spowodować odczyn alergiczny, właściwy danemu ustrojowi. Pod względem patogenetycznym rzecz nie różni się zatem od zjawisk, spostrzeganych np. po stosowaniu naskórnem jodku i bromku potasowego (patrz prace C. Brucka, oraz wyżej przytoczone dane co do uczulenia wielowartościowego skóry w zespole Duhringa-Brocqa).

Niewystarczalność badań bakterjologicznych zawartości wykwitów skórnych dała pochop do poszukiwań ogólnych. Wyjaśniło się, że w zespole Duhringa-Brocqa krew bywa zasadniczo jałowa. Wyhodowanie przygodne jakiegoś ziarenkowca lub prątka należy położyć na karb wadliwości techniki (np. w spostrzeżeniu E. Gauchera i H. Claude). Co zaś do wyników bakterjologicznych dodatnich, dotyczą one stanów posocznicznych, spostrzeganych tak często w okresach końcowych sprawy chorobowej (prątek błękitnoropny, prątek łańcuszkowaty, prątek-odmieniec, paciorkowiec, gronkowiec i t. p. — G. Petges, H. Bichelonne, Eberson, F. Radaeli, Copelli, Pasini, T. Venturi, A. Stickler, Claude, P. Brown i in.). Wiadomo bowiem, że w schorzeniu Duhringa-Brocqa (a także w pęcherzycy) większość chorych umiera z posocznicy, część zaś ginie przy objawach zatrucia *(toxaemia)*, podobnych do spostrzeganych w śmierci z oparzenia (K. Schneider).

Trzeba jeszcze poświęcić słów kilka zapatrywaniom usiłującym powiązać objawy skórne zespołu Duhringa - Brocqa z jakiemś ogniskiem ropnem utajonem w ustroju i wykazującem przebieg przewlekły. Ognisko może mieścić się w zębodole, w błonie śluzowej nosa, gardzieli, oskrzeli, jelit, w gruczole krokowym, w gruczołach chłonnych i t. p. Przypuszcza się, że w pewnych warunkach, głównie zaś w kresach nasilenia się sprawy zakaźnej zarazek może przeniknąć do dróg krwionośnych i spowodować przerzutowo wybuch osutki w skórze uczulonej swoiście. Hipoteza ta, którą już stosowano do rozmaitych spraw chorobowych, posiada w danym razie wartość czysto akademicką. Nie chciałbym jej zaprzeczyć bezwzględnie, nie mógłbym jednak potwierdzić bez zastrzeżeń, sięgających daleko. Przedewszystkiem zwraca uwagę, że zespół Duhringa - Brocqa zalicza się bądź co bądź do schorzeń rzadkich, gdy ogniska zakaźne utajone spostrzega się niezwykle często. Można powiedzieć bez przesady, że ogniska takie można wykryć w każdym ustroju ludzkim. Wystarczy wskazać na zęby, nos, gardziel, uszy, narządy moczowe, płciowe i t d. Powszedniość zjawiska oczywiście zmniejsza znakomicie jego wartość patogenetyczną. Naturalnie musi tu zawsze wchodzić w grę czynnik konstytucjonalny — usposobienie do danego schorzenia. Ta

okoliczność nie przemawia jednak z konieczności za etjologją jednolitą. Przeciwnie, liczne przykłady kliniczne świadczą, że odczyny chorobowe, powstające na tle konstytucjonalnem, najczęściej bywają pochodzenia wielobodźcowego. Wystarczy wskazać na dwie tak odrębne sprawy, jak pryszczyca i łuszczyca, aby ocenić rzeczywisty stan rzeczy. Trzeba też uświadomić sobie, że etjologję wielobodźcową wykazują pokrzywki, rumienie pospolite oraz wysiękowe, a zatem odczyny dermatologiczne, stojące niezwykle blisko zespołu Duhringa - Brocqa. Może zdarzyć się oczywiście, że podnieta zakaźna, znajdująca się w ognisku ropnem utajonem, występuje przygodnie w charakterze wywoływacza. Zjawisko będziemy oceniali w łączności z całokształtem zagadnień patogenetycznych i będziemy uważali za jedno z ogniw długiego łańcucha bodźców chorobotwórczych. W celu udowodnienia zależności przyczynowej wypadałoby jednak w każdem danem spostrzeżeniu wykryć ognisko zakaźne i stwierdzić obecność zarazka w ognisku, w krwi i w wykwitach skórnych. Należałoby poza tem wykazać, że schorzenie ogólne ustępuje wraz z usunięciem ogniska ropnego. Takich dowodów nie dostarczono dotychczas. Nawet tam, gdzie usiłowano łączyć zespół Duhringa - Brocqa z ropieniem zębodołów, usunięcie wszystkich chorych zębów pozostało bez wpływu dodatniego na dalszy przebieg sprawy chorobowej (np. w spostrzeżeniu G. W. Sequeiry).

Rozważania, podobne do skreślonych wyżej, stosują się też do poglądów B. Lipschütza, zwolennika zapalonego teorji pasorzytniczej. Wytrwały ten badacz mniema, że zespół Duhringa - Brocqa (a także pęcherzyca prawdziwa) powstaje na tle zakażenia pierwotniakami. Wyjaśniło się bowiem, że w zawartości pęcherzy można wykryć dwa gatunki pierwotniaków: *cystoplasma oviforme i anaplasma liberum.* Pierwszy jest pierwotniakiem, stojącym bliżej leishmanji, drugi jest — być może — pokrewny z *anaplasma marginale, pierwotniakiem* spostrzeganym przez Theilera w gorączce teksańskiej. Pierwotniaki te wykazują różnice postaciowe. Nie dowiedziono ich łączności rodzajowej. W pęcherzach stale występuje tylko jeden z pierwotniaków, albo też okresowo jeden z nich. Dotychczas nigdy nie stwierdzono obecności współczesnej obu gatunków w jednym pęcherzu, lub w rozmaitych pęcherzach jednego chorego. Pierwotniaki podobno wykazują t. zw. dermotropizm, a zakażenie ma następować drogą z zewnątrz nawewnątrz. W jednym spostrzeżeniu stwierdzono obecność pierwotniaka *(cystoplasma)* w śledzionie.

Na zakończenie trzeba nadmienić, że poglądy Lipschütza nie zyskały uznania szerszego i widocznie nie zachęciły ogółu badaczy do poszukiwań kontrolnych.

* * *

Z powyższego wynika, że dotychczas nie została udowodniona etjologja jednolita spraw chorobowych, objętych nazwą schorzenia Duhringa - Brocqa. Wszystko — zdaje się — przemawia za tem, że w danym razie ma się do czynienia z odczynem chorobowym wielobodźcowym. Podniety są widocznie pochodzenia zewnętrznego i wewnętrznego. W pewnych warunkach mogą one wywołać w ustroju usposobionym odczyn swoisty doraźny, zatem klinicznie swoisty od samego początku. W innych razach zjawia się początkowo odczyn nieznamienny dla zespołu Duhringa - Brocqa, zmiany zaś klinicznie znamienne występują dopiero później. Tak więc porażenie słoneczne albo osutka lekowa może być zapoczątkowaniem zmian chorobowych skóry, które w dalszym przebiegu wykazują wszelkie cechy zespołowe Duhringa - Brocqa. Rzecz się ma zupełnie podobnie do innych odczynów dermatologicznych wielopostaciowych i wielobodźcowych, że tylko wskażę na pryszczycę. Nie należy też mniemać, że wszystkie napady schorzenia zawsze bywają powodowane wznawiającem się zadziałaniem jednej tylko i jednakiej podniety. Przeciwnie, wydaje się prawdopodobnem, że w przebiegu długotrwałym schorzenia Duhring-Brocqa napady poszczególne powstają pod wpływem bodźców rozmaitych. Mnogością bodźców wywołujących i zmiennością ich oddziaływania można w znacznym stopniu wytłumaczyć niezwykłą wielopostaciowość osutek, spostrzeganą w każdym napadzie lub szeregu napadów kolejnych. Można też zrozumieć zmienność postaciową wykwitów, zmienność przebiegu sprawy chorobowej, zmienność obrazów klinicznych. Niedarmo mówi się o zespole Duhringa - Brocqa, iż posiada oblicze kameleonowe, rzadko bowiem spotkać można dwa spostrzeżenia, zupełnie podobne do siebie. Fakty te z pewnością nie przemawiają za jednolitością etjologiczną. (Wobec tego nie należy też mówić o „chorobie" Duhringa-Brocqa, jeno o „zespole chorobowym").

Co się tyczy sposobu powstawania tych zmian chorobowych, wydaje się, że całokształt zagadnienia można dziś najlepiej wytłumaczyć zapomocą mechanizmu anafilaktycznego. Rzecz staje się odrazu bardziej zrozumiała, gdy się uwzględni, jak bliskie więzy pokrewieństwa łączą zespół Duhringa - Brocqa z pokrzywkami oraz z osutkami lekowemi W tym punkcie zetknięcia przenosimy się bez trudu na teren anafilaktyczny. Nie będę tu powtórnie omawiał sprawy uczulenia jodowego i bromowego w zespole Duhringa - Brocqa, wskażę jednak na styczność bezpośrednią z pokrzywką grudkowatą nawrotową, a więc z odczynem par excellence anafilaktycznym. Wiadomo, że w różnych odmianach pokrzywki spostrzega się obok bąbli wykwity rumieniowate, pęcherzykowe, pęcherzowe, plamicowe i że zmianom tym zwykło towarzyszyć pieczenie i swędzenie. Wiadomo też, że przebieg zazwyczaj składa się z licznych napadów i podnapadów podchodnych, które rozgranicza szereg okresów zwolnienia krótszych lub dłuższych. Tutaj sprawa chorobowa wchodzi więc w styczność niemal bezpośrednią z odmianą rumieniowatą i pokrzywkowatą (grudkowatą) zespołu Duhringa - Brocqa Na ten fakt kliniczny. a także na istnienie postaci przechodnich oddawna już zwrócono uwagę (patrz w pracach Brocqa), a w czasach późniejszych wskazuje nań M. B. Hartzell, Kren, Kreibich, Fasal, R. Bernhardt i in. Kreibich pragnąłby nawet uważać zespół Duhringa - Brocqa za jakąś odmianę pokrzywki, a Kren mniema, że niektóre przypadki pokrzywek nawrotowych możnaby ujmować jako postaci niedokształcone zespołu *(forme fruste)*. Jeżeli zastanowić się bliżej nad tem zagadnieniem, trudno oprzeć się wrażeniu, że bądź jak bądź nie można przeprowadzić rozgraniczenia ściślejszego pomiędzy temi obrazami klinicznemi. W spostrzeżeniach poszczególnych nie widać różnicy zasadniczej pomiędzy uporczywą długotrwałą pokrzywką nawrotową i postaciami łagodniejszemi zespołu Duhringa- Brocqa w odmianie rumieniowo - pokrzywkowej.

Ta wspólnota grupowo-kliniczna niewątpliwie łączy się z wspólnotą patogenetyczną, czyli z jednakim sposobem powstawania. Na korzyść mechanizmu anafilaktycznego w zespole Duhringa - Brocqa przemawiają głównie dane następujące: 1) wybuch nagły schorzenia; 2) przebieg okresowy, — szeregowanie się okresów nasilenia i zwolnienia, odpowiadających stanom uczulenia i odczulenia skóry (patrz wyżej odczyny alergiczne jodowe i bromowe); 3) uczulenie wielowartościowe skóry wybitniejsze w stanach jawnych, słabe w okresach utajenia się schorzenia; 4) możność osiągnięcia odczulenia ustroju zapomocą metod i zabiegów antyanafilaktycznych; 5) zachwianie równowagi czynnościowej układu autonomicznego w kierunku wzmożonej pobudliwości odcinka parasympatycznego; 6) obecność eozynofilji w krwi i w tkankach; 7) wybitne objawy podmiotowe (swędzenie, pieczenie i t. p.).

Każde z tych zjawisk, wzięte oddzielnie, mówi niewiele, wszystkie w zespole przemawiają potężnie za sprawą anafilaktyczną. Uwzględnić tu jeszcze trzeba, że w pokrzywce i w obiawozbiorze Duhringa - Brocqa liczyć się należy z etjologją wielobodźcową i że podniety wywołujące są bardzo pokrewne, a nawet jednakie w obu odczynach chorobowych. Wynika z tego, że w powstawaniu tych zmian chorobowych wywoływacze nie odgrywają roli najważniejszej. Znaczenie rozstrzygające przypada ustrojowi, wpływom osobniczym, warunkom konstytucjonalnym dziedzicznym i nabytym, stanom uczulenia skóry, właściwościom terenowym. Na dany bodziec skóra odpowiada takim odczynem jakościowym, na jaki jest nastawiona. Nie trzeba jednak zapominać, że natężenie zjawisk chorobowych miejscowych i ogólnych, przebieg schorzenia, występowanie powikłań, zejście — zależą też w stopniu niemałym od jakości i ilości bodźca wywołującego, oraz od wydajności tych wszystkich sił obronnych, które uruchomia ustrój w walce z czynnikiem szkodliwym.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Mieczysław DUKIET Kraków.
asystent Państw. Szkoły Położnych.

Zwalczanie bolesności porodowej zmodyfikowaną metodą Gwathmey'a.

Z Państw. Szkoły Położnych i oddziału położniczego Państw. Szpitala św. Łazarza. — Dyrektor: Profesor Dr. Ada Markowa.

Od wielu lat wre praca nad znalezieniem metody, któraby ręcząc za bezpieczeństwo matki i dziecka przy jej stosowaniu, złagodziła względnie usunęła tę potężną mękę fizyczną, jaką jest dla każdej kobiety cały akt porodu. Już w najdawniejszych czasach spotykamy ślady tego szczytnego dążenia — chociażby znane odurzanie rodzących dymami palonych ziół, który to zazwyczaj dziś jeszcze praktykują babki naszych zapadłych wsi. Nauka

ostatnich dziesiątków lat ogłosiła wiele, różnorodnych sposobów, pomiędzy któremi były niektóre, zbyt śmiałe, że wspomnę usypianie przez dożylne podawanie zgoła nieobojętnych bo do 300 g 5%-wego eteru siarczanego dochodzących dawek, — lub pędzlowanie kokainą dolnych muszel jamy nosowej, celem wywołania znieczulenia porodowego.

Z wielkim entuzjazmem przyjęto pomysł Steinbüchla, następnie szczegółowo opracowany i rozszerzony przez Gaussa, wprowadzający w r. 1905 scopolaminę w połączeniu z morfiną, które to zastrzyki wywołują sen w czasie całego aktu porodowego, charakteryzujący się zniesieniem percepcji bólów porodowych, i następową niepamięcią od chwili podania pierwszego zastrzyku do ukończenia porodu. Ale tej metodzie, której ulepszeniami, do ostatniego czasu zajmowało się dziesiątki uczonych — nawet niektórzy z największych entuzjastów sprzeciwili się — skoro tylko okazało się, że nieodpowiada ona zasadniczemu warunkowi uśpienia, którym jest nieszkodliwość dla matki i dziecka.

W roku 1923 ogłosił amerykanin Gwathmey sposób znieczulania względnie znoszenia bolesności porodowej, z następową niepamięcią aktu porodowego, za pomocą zastrzyków morfiny z siarczanem magnu, w połączeniu z wlewaniem zawiesiny eterowej w oliwie do odbytnicy.

Pomysł lewatyw eterowych celem wywoływania narkozy nie jest nowy. Już w r. 1847 znalazł on zastosowanie w chirurgji, wprowadzony przez Roux i Pirogoffa, którzy początkowo podawali go w postaci gazu, następnie jako 5%-owy rozczyn wodny, który jednak wywoływał ciężkie zapalenia jelita grubego — nawet krwotoki jelitowe. A gdy nadmienię, że technika tego doodbytnicowego stosowania eteru była znacznie utrudnioną przez aparaturę, umyślnie do tego celu sporządzaną, nie można się dziwić, że metoda ta nie mogła się przyjąć. W r. 1913 wpadł Gwathmey na pomysł podania eteru zmięszanego z oliwą, która uchroni błonę śluzową jelita od zadrażnienia względnie uszkodzenia. I już w czasie wojny pojawia się cały szereg doniesień głównie chirurgów jak Moniuszko, Hordyński, Chalier i wielu innych, donoszących o zdumiewających wynikach stosowania tego sposobu usypiania, prawie w wszystkich rodzajach zabiegów chirurgicznych, nie wywołującego zadrażnień jelita grubego, a pozbawionego równocześnie wszelkich ujemnych stron usypiania przez wdechanie. Bacialli pierwszy stosuje tę metodę przy operacjach ginekologicznych, a w r. 1923 Thaler i Hübel z Kliniki Pehama w Wiedniu, pierwsi w Europie, zastosowują wlewania doodbytnicowe eteru w oliwie, atoli bez współdziałania jakichkolwiek alkaloidów, celem znieczulania rodzących.

Równocześnie prawie z Thalerem i Hüblem, ogłasza w Ameryce Gwathmey doskonałe wyniki uzyskiwania zupełnego znieczulania bolesności porodowej, za pomocą zastrzyku morfiny z magnesium sulfuricum, połączonego z następowem wlewaniem do odbytnicy lewatywy, składającej się z chininum hydrobromicum, alkoholu, eteru i oliwy. W latach 1926 i 1927-ym wyprobowują tę metodę w Europie: Stein, Lörincz, Vogt, Ecke z Taubertem, Naiditsch, Bloch, oraz w Palestynie Kahn, który w ostatnich miesiącach znacznie ją zmodyfikował. Ponieważ wyniki uzyskane przez tych autorów są bardzo zachęcające, a niektórych wprost nadzwyczajne przystąpiłem w Państw. Szkole Położnych do prób nad wywoływaniem tego rodzaju znieczulania.

Zanim przejdę do samej metody postępowania i wyników jakie otrzymałem w naszych próbnych 47 przypadkach, chcę zwrócić uwagę na wymagania, jakie się każdej metodzie mającej za swe zadanie wywołanie znieczulenia bolu porodowego postawić musi.

Więc przedewszystkiem metoda taka nie śmie być szkodliwą dla matki i dziecka. Nie powinna ona zmniejszać, czy w jaki inny sposób upośledzać porodowej i połogowej czynności macicy. Prawidłowy pozatem poród nie powinien być przekształcony w patologiczny — jak też i ilość zabiegów operacyjnych nie powinna być żadną miarą zwiększona. Wreszcie sposób ma być jak najłatwiejszy i najprostszy w zastosowaniu.

Z dotychczasowych sposobów żaden wymieniony powyżej, warunkom nie odpowiedział. Jedynie sposób Gwathmeya nieco zmieniony, jest bliski wypełnienia stawianych warunków. Stosowane przez niego morfina, siarczan magnowy, eter, alkohol, chinina i oliwa, działając synergistycznie, mają wywołać u rodzącej sen różnej głębokości, z brakiem odczuwania istniejących bólów porodowych, z następową niepamięcią całego aktu porodowego. I rzeczywiście można to uzyskać. Sole magnowe używane między innymi od r. 1905-ego z bardzo dobrymi wynikami w tężcu, bezpośrednio działają na układ nerwowy ośrodkowy w ten sposób, że uprzednio nie zadrażniając, porażają go, na końcu dopiero działając na ośrodek oddechowy. Gwathmey twierdzi, że te sole wzmacniają działanie równocześnie podanej morfiny lub jej pochodnych o 50 do 100%. To wzmocnienie działania morfiny polega na tem, że ma ona możność dłuższego i silniejszego zadziałania na układ nerwowy, już ze znacznie zmniejszoną przez siarczan magnowy pobudliwością. O podobnym synergizmie nie wiemy z farmakologji, jednak spostrzeżenia kliniczne potwierdzają go. Ale, już na tem miejscu stwierdzić muszę zgodnie z Lörinczem, Eckem i Vogtem, że zasadniczym środkiem jest eter, który podany jako zawiesina w oliwie, odgrywa ostateczną rolę. Dostawszy się do jelita i mając swój punkt wrzenia przy 34° C, zamienia się eter pod wpływem ciepłoty ciała ludzkiego w gaz, który się dzięki oliwie tylko powoli i równomiernie wchłania. Oliwa, osłaniając ścianę jelita, utrudnia gwałtowne wchłanianie. Równocześnie dzięki swej gęstości, niepozwala na zaszybkie uwalnianie się par eteru, w czem dopomaga jej alkohol. Oliwa jest też tym czynnikiem, który dzięki swej czynności osłaniającej ścianę jelita, chroni ją przed urazem ze strony gryzącego eteru. Pary eterowe, wchłonięte do venae sigmoideae, dostają się ominąwszy wątrobę przez venae meseterícae inf. do vena cava, a stąd przez prawe serce do płuc. Tem się tłumaczy zapach eteru w powietrzu wydychiwanem, niekiedy już w 2 minuty po podaniu lewatywy eterowej i tak szybkie zadziałanie na układ nerwowy ośrodkowy. Tak zastosowany eter, w nielicznych stosunkowo przypadkach wywołuje pełne uśpienie w znaczeniu uśpienia drogą oddechową. Bo podając naraz ilość wystarczającą do uzyskania znieczulenia (przeciętnie 1 do $1^1/_2$ g na kilogram żywej wagi człowieka), nie dochodzimy do st. excitationis, lecz uzyskujemy stadium analgeticum, zwane w praktyce odurzeniem. A wiemy, że w tym stanie odczuwanie bólu jest bardzo znacznie zmniejszone — względnie wogóle zniesione, zaś po zaprzestaniu działania eteru, pozostaje zupełną niepamięć tego wszystkiego co się w czasie uśpienia działo.

Dalszą składową mieszanki Gwathmeya jest alkohol, który użyty w stosunkowo nieznacznej ilości, służy za rozpuszczalnik zastosowanej chininy, jak też utrudnia wchłanianie eteru, mając własność zmniejszania ciśnienia cząsteczkowego jego par. Najmniej ważnym składnikiem tej mieszanki jest chinina, podawana w postaci chininum hydrobromicum, jako najłatwiej stosunkowo rozpuszczalnej soli chininy, w ilości 0.6 g na dawkę. Stosujemy ją zapobiegawczo na wypadek gdyby podane narkotyki, osłabiły skurcze porodowe macicy.

Tak więc skład mieszanki przedstawia się następująco:

Chinini hydrobromici 0.6, Alcoholi rectificati 96% 8.0, Aetheris sulfurici purissimi 70.0—90.0, Olei olivarum ad 120.0—150.0.

Ażeby uzyskać jak najlepszy wynik przy tym sposobie znieczulania bolesności porodowej, jest zasadniczą rzeczą wybór odpowiedniej chwili, w której należy podać zastrzyk i następnie lewatywę z mieszanką. Jak doświadczenia autorów i moje wykazały, znieczulenie uzyskane tą metodą po podaniu jednej dawki, trwa od 4 do 8 godzin. Drugi okres porodu trwa przeciętnie u pierwiastek 2 do 3 godz., u wieloródek do 1 godz. Z tego wynika, że chcąc uzyskać znieczulenie najbardziej bolesnego końca I-go okresu i całego II-ego okresu, wraz z wydalaniem płodu na zewnątrz, musimy zadziałać w początku II-ego ustępu I-ego okresu, a więc w chwili, gdy ujście zewnętrzne jest rozwarte mniej więcej na szerokość dwuzłotówki. Samą jednak wielkością ujścia nie można się kierować. Musi się również wziąć pod uwagę; nasilenie i regularność skurczów porodowych, jak też stosunek główki do płaszczyzn miednicy. Jest samo przez się zrozumiałem, że należy wyczekać tak długo, aż się przekonamy, że skurcze porodowe są odpowiednio częste i wydatne. Zaś odnośnie do stosunku główki do płaszczyzn miednicy — to u pierwiastek wstrzykujemy wtedy, gdy główka jest swym największym obwodem tuż nad wchodem do miednicy, lub w płaszczyźnie wchodu, zaś u wieloródek może główka nawet balotować, przypuszczając, że mamy do czynienia z zupełnie prawidłową lub nieznacznie tylko ścieśnioną miednicą.

Przeciwwskazaniem do zastosowania tego sposobu znieczulania bólów porodowych są: 1) te wszystkie choroby rodzącej, które same przez się wykluczają użycie eteru i narkotyków; 2) schorzenia odbytnicy i jelita grubego, 3) ścieśnienia miednicy kostnej wyższego stopnia, 4) niestosunek porodowy, jak wogóle okoliczności, które pozwalają przypuszczać, że poród nie ukształtuje się prawidłowo.

Wziąwszy powyższe dane pod uwagę, podajemy przy ujściu zewnętrznem rozwartem na 2-złotówkę, zastrzyk podskórny, składający się z 0.02 pantoponu i 2.0 50%-wego rozczynu magnesium sulfuricum. Pantopon używam idąc po myśli Ecke i Tauberta w miejsce zalecanej przez Gwathmeya morfiny. Nie jest bowiem ona obojętną dla płodu a w naszym zakładzie jest wykreśloną ze zbioru leków mogących być podanemi rodzącej jako, że widywaliśmy przypadki, co też potwierdzają liczni autorowie, w których większa część płodów, po podaniu morfiny rodzącej, rodzi się oligipnoiczną względnie asfiktyczną. Po zastąpieniu morfiny

pantoponem, w ilości 0.02, nie zauważyłem najmniejszych powikłań, tak ze strony matki, jak i ze strony płodu.

Zwykle w 1-ną do 2-ch godzin po zastrzyku, przy niezmienionej częstości i nasileniu skurczów porodowych, oraz przy ujściu zewnętrznem rozwartem mniej więcej na małą dłoń, podaję mieszankę chininy, alkoholu i eteru w oliwie, do odbytnicy, uprzednio opróżnionej z mas kałowych hegarem z czystej wody. Używam do tego celu średnio grubego kateteru Nelatonowskiego, który wprowadzam do odbytnicy na długość mniej więcej 20 cm przyczem mieszankę wtłacza się dużą strzykawką powoli, w lewobocznej pozycji rodzącej. Rodzącej poleca się przytem głęboko oddychać, przez co znacznie ułatwia się wprowadzenie płynu. Celem uniknięcia uczucia pieczenia, pokrywam okolicę odbytu cienką warstwą wazeliny. Lewatywę należy podać w przerwie pomiędzy bólami, przyczem bezwzględnie nie należy jej zastosować, gdy główka znajduje się już na dnie miedniczem, ponieważ przy następnym bólu partym, cała jej ilość zostanie wydaloną na zewnątrz, a zabieg stanie się bezcelowy.

W 10 do 20 minut po zastrzyku pantoponu z magnesium sulfuricum rodzące w większości obserwowanych przypadków stają się senne. Niektóre uskarżają się na uczucie „mącenia w głowie", odczuwanie bólów jest zmniejszone. Rodzące śpią pomiędzy bólami snem płytkim powierzchownym, budząc się z chwilą wystąpienia bólu i nieco słabiej na niego oddziaływując. Na częstość i jakość bólów zastrzyk nie wpływa, zaś w małym stopniu na złagodzenie bolesności. Jedynie w 3-ch przypadkach widziałem prawie zupełny brak uczucia bólu, w 15 minut po zastrzyku, przyczem wystąpił głęboki sen. Zezwalały one się łatwo budzić i twierdziły, że w przeciwieństwie do okresu porodu przed zastosowaniem zastrzyku, nie uzmysławiają sobie uczucia bólu. Streszczając powyżej powiedziane, należy przypisać zastrzykowi rolę raczej czynnika niejako przygotowującego ośrodkowy układ nerwowy, do następującego po nim podania głównie działającego składnika metody Gwathmeya, mianowicie eteru. — Eter podany w znanej mieszance jako lewatywa, jest przez 85% kobiet przezemnie znieczulanych, przyjmowanym bez żadnych dolegliwości. Niektóre z rodzących stwierdzały uczucie zimna w lewem podbrzuszu, 15% skarżyło się na krótkotrwające parcie lub pieczenie w okolicy kiszki stolcowej i odbytu. Działanie tak podanego eteru zaczyna się w bardzo krótkim czasie. Już w 2 minuty a najpóźniej w 15 min. po wlaniu mieszanki stwierdza się u rodzącej woń eteru w powietrzu wydechanem i bardzo często lekkie zaczerwienienie spojówek. Niektóre chore opowiadają o smaku ostrego lekarstwa w jamie ustnej, niektóre silnie czerwienieją na twarzy. Około 25% kobiet wymiotowało, ponieważ jednak wymioty są bardzo częstem zjawiskiem w czasie czynności porodowej, nie można ich kłaść wyłącznie na karb usypiania. Rodząca twierdzi, że „cały świat kręci się jej przed oczyma", że „jest zupełnie pijaną", zaś niektóre wręcz się pytają z trudnością wymawiając słowa „co się z niemi uczyniło". W przeciwieństwie do Ecke i Tauberta nie zauważyłem stanów wielkich podnieceń ruchowych czy też umysłowych. Wogóle zbyt trudne byłoby z powodu wielkiej różnorodności, szczegółowo lub niejako schematycznie przedstawić jakość i ilość wpływu, jaki wywiera doodbytnicowe podanie eteru na sam przebieg porodu i na uczucie bólu porodowego. Muszę się tutaj ograniczyć do ogólnikowego opisu widywanych stanów. W większości przypadków wysuwa się na czoło duża potrzeba snu. Więc widzi się rodzące, które niejako drzemią, łatwo się budząc, przyczem są doskonale zorjentowane w miejscu i czasie, trzeźwo odpowiadają na pytania pomimo tego twierdząc, że bólów nie czują. Inne znowu zasypiają głęboko, bardzo trudno je z tego snu zbudzić, przyczem są w miejscu i czasie bardzo mało zorjentowane, lub wogóle niezorjentowane. Zaś około 15% popadało w najgłębszy sen, z którego w żaden sposób niemożna ich było zbudzić. Spały one jak w najgłębszem uśpieniu, z tym wyjątkiem, że wszystkie odruchy doskonale były zachowane. Pierwszy rodzaj wymienionych kobiet odziaływał na skurcze macicy krzywieniem twarzy, stękaniem, inne wogóle żadnej reakcji nie uzewnętrzniały, ale w wszystkich przypadkach uzewnętrznianie uczucia bólów nie stało w żadnym stosunku, do istniejącego przed uskutecznieniem znieczulenia. Naprzykład kobieta, z którą wprost na sali porodowej nie można było sobie dać rady, tak rzucała się i krzyczała, w 10 min. po lewatywie, wśród zupełnie powierzchownego snu — cichutko postękuje, a zapytana podaje, że ją nic nie boli, jakkolwiek stwierdza się ponad wszelką wątpliwość istnienie bardzo intensywnych skurczów macicy na końcu II-go ustępu I-go okresu. W żadnym przypadku nie widziałem znaczniejszego stanu podniecenia czy psychicznego czy też ruchowego. Rodzące leżą przeważnie nieruchomo. Te zaś, u których sen nie jest zbyt głęboki, wykonują polecenia bez najmniejszego oporu. Te kobiety budzą się po dokonanym porodzie, zdumione, i nie chcą wierzyć że poród już się odbył. Dopiero okazane im dziecko, niekiedy aż obmacanie własnemi rękami brzucha, utwierdza je w przekonaniu, że cały akt porodu mają poza sobą. Pomimo wszystko były pomiędzy temi już położnicami — chore, które oznajmiły bezpośrednio po takiem obmacaniu brzucha, że wszystko doskonale wiedziały co się z niemi działo i że o wiele więcej odczuwały bóle porodowe jak przy poprzednich porodach, przy których nie były znieczulane. Jednak pomimo to w dzień do 3-ch dni po porodzie nie pamiętały zupełnie ani jednego szczegółu z aktu porodowego. Inne znowu kobiety spały bardzo powierzchownie, w czasie bólu stękały głośno, na pytania rozumnie odpowiadały, po porodzie głębiej zasypiały i budziły się z takiem samem uczuciem zdumienia, że wszystko już mają po za sobą, nadzwyczajnie zadowolone, że je nic nie bolało i że zupełnie niczego od chwili podania hegaru nie pamiętają. We wszystkich moich przypadkach stwierdzałem o ile nie zupełne to przynajmniej bardzo znaczne znieczulenie bólów porodowych i w większości przypadków niepamięć aktu porodowego.

A teraz jak wygląda II-gi okres porodu, z jego bólami partemi i wstrząsającemi. W tym okresie mały procent śpi, potocznie zwanym „snem kamiennym", nawet najgłębiej śpiące rodzące, z chwilą gdy główka płodu znajdzie się na dnie miedniczem prą zupełnie dobrze. Niekiedy jest się zmuszonym z chwilą stwierdzenia skurczu macicy, taką rodzącą zachęcać do parcia, a nawet pomagać jej w tem, wywierając lekki ucisk na epigastrium względnie na dno macicy. Natomiast większość znieczulanych kobiet rodzących, postękuje przy bólach partych, przyczem sam akt parcia jest wprost doskonały. Mogę śmiało stwierdzić, że tak skutecznego parcia, jakie się widzi u tych kobiet, zwykle się nie spostrzega. Zawdzięczamy zaś ten fakt zapewne oszołomieniu, w którem się te rodzące znajdują, które to oszołomienie znosi uczucie bojaźni, nie pozwalające niejako wykorzystać i w pełni użyć wszystkich sił, które posiada rodząca — do pracy tłoczni brzusznej. Więc odruch parcia nie będąc hamowany przez nieuzmysławiane tutaj uczucie bólu, może być i jest naprawdę doskonałym. Odnośnie do odczuwania uczucia bólu w tym okresie porodu, to rzadko jest ono zupełnie zniesione, a co ciekawsze, że jest ono takie u tych właśnie kobiet, które prą doskonale. U reszty znieczulanych kobiet jest odczuwanie bólu znacznie zmniejszone, jednak odnosi się wrażenie, że rodzące te, chociaż nieznacznie ale przecież odczuwają ból. Pomimo to po dokonanym porodzie, same stwierdzają że albo wogóle niczego nie czuły, albo pamiętają tylko chwilę przerzynania się główki, przyczem bolesność, według zeznań wieloródek, nie stoi w żadnym stosunku do tego bólu jaki odczuwały przy poprzednich nie znieczulanych porodach. Tutaj zaraz nadmienię, że już drugiego dnia połogu, te same kobiety zupełnie nie pamiętają nietylko całego aktu porodowego, ale także i tego co bezpośrednio po porodzie, z chwilą powrotu do przytomności zeznały. A taki poród, można przecież zupełnie śmiało nazwać bezbolesnym.

Co do wspomnianej niepamięci trudno jest wysnuć regułę. Nie można się tutaj zdawać tylko na zeznania samych rodzących, które w krótkim czasie pod wpływem najrozmaitszych czynników zmieniają się i niekiedy zupełnie inaczej brzmią bezpośrednio po porodzie, a zupełnie inaczej już chociażby następnego dnia.

Naprzykład: jedna z kobiet, która przez cały akt porodu spała dość głęboko, nie czyniąc wrażenia, że odczuwa bóle, zeznawała przez pierwsze 2 dni po porodzie, że wszystko czuła i że poród był bardzo bolesny. Zaś 3-go dnia i aż do chwili, wyjścia ze szpitala, wielokrotnie zapytywana, oznajmiała, że niczego nie pamięta i że cały poród przebiegł bez jej świadomości. Przypuszczalnie odgrywać tu może rolę obudzenie się podświadomości, a stąd wrażenia, które nie były uświadamiane, mimo to są uważane za w rzeczywistości przeżyte. Również co słusznie podnoszą Ecke i Taubert, towarzystwo i rozmowy z położnicami, które nie były znieczulane, mogą pomagać do przedostawania się niejako wrażeń z podświadomości do świadomości. Ale tego rodzaju przypadki są bardzo nieliczne i w bezwzględnej ilości znieczuleń, jakkolwiek nawet można było bez wątpliwości stwierdzić, że n. p. bóle parte były częściowo odczuwane — uzyskiwałem na równi z innymi autorami zupełną niepamięć aktu porodowego.

Skurczów porodowych macicy, ten rodzaj znieczulenia porodowego, w żadnym kierunku nie upośledza. U rodzących, które bezpośrednio po lewatywie zapadają w głęboki sen, z którego się chwilowo nie pozwalają obudzić, jakkolwiek wszelkie odruchy są u nich zachowane, można zaobserwować przez 10 do 20 minut, pewne nieznaczne osłabienie skurczów macicy, które po tym czasie wracają do poprzedniego stanu. Tak krótkotrwałego osłabienia, nigdy zaś zniesienia skurczów porodowych I-szego okresu, pozatem dającego się natychmiast naprawić zastrzykiem pituitryny, nie można brać za ujemną stronę tej metody. Pozatem nie obserwowaliśmy nigdy żadnego ujemnego wpływu na tętno rodzą-

cej i płodu, jak też jej oddechy. Dość często natomiast widzi się wzmożenie skurczów porodowych po podaniu lewatywy. Według Kleina i Vogta, wzdęta parami eteru odbytnica, działa podobnie do colpeurynteru, uciskając na ganglion Frankenhausera, przez co wzmacnia bóle porodowe. Tętno płodu nie ulega żadnym wahaniom, a dzieci w przeciwieństwie do znieczuleń przeprowadzonych za pomocą scopolaminy z morfiną, nigdy nie rodzą się asfiktycznemi względnie oligopnoicznemi. Wszystkie płody kobiet przezemnie znieczulanych urodziły się rzeźkie, doskonale oddechające.

Ponieważ, jak widać z powyższego, znieczulanie metodą Gwathmeya nie wpływa ujemnie na skurcze porodowe, ani na żywotność płodu, zrozumiałem jest, że nie zwiększa ono ilości porodów operacyjnych, a więc porodów kleszczowych i t. p.

Nie napotyka się też na żadne trudności przy ochronie krocza. Ponieważ chore leżą przy przerzynaniu się główki spokojnie i są posłusznemi, śmiem twierdzić, że podpieranie krocza jest wprost ułatwione, co też udowadnia statystyka, według której nie spotkaliśmy się ani razu z pęknięciem krocza III-go stopnia, a nawet II-go stopnia, jakkolwiek w naszym materjale doświadczalnym przeważają pierwiastki. Do szycia krocza znieczulenie to nie wystarcza, ale położnica jest zwykle na tyle oszołomioną, że kilka kropel eteru wdechanych, zezwoli na wykonanie tego zabiegu bezboleśnie.

Również nie spostrzega się ujemnego wpływu tej metody znieczulania bolesności porodowej, na okres połogu. W przeciwieństwie do Ecke i Tauberta, nie widywaliśmy leniwego zwijania się macicy i dłuższego utrzymywania się krwawych odchodów. Połogi naszych chorych nie odbiegały pod żadnym względem od znanych prawideł. Tak samo nie widzi się jakichkolwiek uszkodzeń jelita grubego, co jest zupełnie zgodne z sprawozdaniami licznych autorów o paruset przypadkach użycia tej metody.

Teraz pozwolę sobie przedstawić w krótkości szczegółowe wyniki, uzyskane u naszych chorych. W poszczególnych przypadkach zwracałem uwagę: na długość trwania i dzielność poszczególnych skurczów macicy, na czas trwania poszczególnych okresów porodu, od chwili podania narkotyków, na stan ogólny matki i dziecka oraz na okres połogu.

Chcąc uzyskać pewien wgląd w skuteczność poszczególnych składowych metody Gwathmeya, podałem 29-ciu rodzącym zastrzyk i lewatywę, 6-ciu sam zastrzyk, zaś 7-miu samą lewatywę. Nasz dotychczasowy materjał składa się z 30-tu pierwiastek i 17 wieloródek.

U wszystkich 6-ciu rodzących, które otrzymły sam tylko zastrzyk pantoponu z magnesium sulfuricum obserwowałem znaczne upokojenie się i złagodzenie uczucia bólu z równoczesną sennością.

Nie stwierdziłem ujemnego wpływu na skurcze porodowe macicy i żywotność płodu.

Z 29-ciu kobiet, które otrzymały obie składowe, t. j. zastrzyk i lewatywę, stwierdziłem u 25-ciu a więc w 80-ciu% wynik dodatni. Rodzące te śpiąc więcej lub mniej głęboko, bólów nie odczuwały zupełnie lub tylko nieznacznie, parły bardzo dobrze leżąc zupełnie spokojnie i zezwalając na prawidłowe podpieranie krocza. W połogu wszystkie wykazały, że zupełnie aktu porodowego nie pamiętały.

Z pozostałych 4-ech, 2 podaną im mieszankę wyparły z powodu zejścia główki na dno miednicze, przez co uniemożliwiły zadziałanie eteru. Zaś 2 po około 6-cio godzinnem znieczuleniu obudziły się i urodziły jedna w 12-ście — druga w 16-ście godzin po podaniu lewatywy. W czasie znieczulenia skurcze macicy były takie same jak przed znieczuleniem. Przyczyną przewlekania się porodu było u jednej z wymienionych pierwiastek ścieśnienie miednicy I-go stopnia, u drugiej niepodatność ujścia wewnętrznego i części miękkich — w 43-cim roku życia. W każdym razie przez 6 godzin porodu, wymienione rodzące były zupełnie znieczulone, bez szkodliwego wpływu na akcję porodową. Skutkiem tego powinno się je raczej zaliczyć do dodatnich wyników, przez co uzyskałbym 90% dodatnich znieczuleń.

Rodzące, którym podałem samą lewatywę, różniły się od tych, które otrzymały obie składowe tem, że były na ogół mniej spokojne, że czas trwania znieczulenia był nieco krótszy i odczyn na bóle chociaż znacznie zmniejszony — jednak istniał, szczególnie pod koniec działania narkotyku. Również niepamięć aktu porodowego nie była zupełna, a szczególnie chwila przerzynania się główki była dobrze zapamiętana.

Na ogólną liczbę 47, dwa porody skończyły się operacyjnie. U jednej z rodzących pierwiastek z ścieśnieniem miednicy I-go stopnia, która otrzymała sam tylko zastrzyk, założyłem z powodu wypadnięcia pępowiny kleszcze Kielanda, u drugiej, doskonale znieczulonej, również założyłem kleszcze Kielanda z powodu niepostępowania porodu, czego przyczyną było, długotrwałe niskie poprzeczne ustawienie się główki, spowodowane lejkowatą miednicą kostną. Całego aktu porodowego wymieniona rodząca nie pamięta.

Jak widać z powyższego obydwa zabiegi nie zostały spowodowane zastosowaniem znieczulenia bolesności porodowej.

Zbierając dane z piśmiennictwa i wyniki naszych doświadczeń można z zupełną pewnością stwierdzić, że:

1) ilość i własności podanych zmodyfikowaną metodą Gwathmeya narkotyków, jest tak dla matki jak i dziecka nieszkodliwa,

2) metoda ta nie wpływa ujemnie na czynność porodową macicy, a więc nie zwiększa ilości porodów operacyjnych,

3) znieczulenia uczucia bólu w porodzie i następową niepamięć aktu porodowego udaje się we wszystkich przypadkach uzyskać,

4) czas znieczulania trwa od 4 do 8 godzin i może być nowemi dawkami eteru przedłużonym, o ile tylko zejście główki na dno miednicze nie przeszkodzi podaniu lewatywy,

5) jakkolwiek główną rolę należy przypisać eterowi podanemu w oliwie doodbytnicowo, to jednak zastrzyk pantoponu z magnesium sulfuricum, w odpowiednim czasie podany, ma znaczenie czynnika ułatwiającego zadziałanie eteru,

6) metody tej można użyć w porodach z góry uznanych jako prawidłowe,

7) chcąc uzyskać należytą skuteczność, musi się wybrać odpowiedni moment porodu, do podania zastrzyku i hegaru z mieszanką,

8) przeprowadzenie tej metody znieczulenia bolesności porodowej jest możliwe i w domu prywatnym, ale jedynie przy stałej obecności lekarza, prowadzącego znieczulenie.

Powołując się na powyżej powiedziane, należy stwierdzić, że tym sposobem znieczulania bólów porodowych, uzyskaliśmy bardzo wiele — odpowiedzieliśmy większości wymogów. Tem niemniej od ideału jesteśmy jeszcze daleko i tylko dalsza praca na licznym materjale i ulepszenia, które należy przeprowadzić, mogą udoskonalić i oddać wszystkim w ręce tę metodę znoszenia uczucia bólu w porodzie, który niestety do ostatnich dni musimy uważać za przykrą i fizycznie bardzo bolesną konieczność.

Dr. Tadeusz BAL, kierownik szpitala. Łask.

Wpływ podskórnego stosowania peptonu i surowicy na przebieg duru brzusznego.

Ciężki przebieg duru brzusznego, długotrwała wysoka gorączka, nieprzytomność i częste powikłania ze strony płuc, serca itp., zmuszają do szukania sposobów leczenia, któreby mogły skrócić czas trwania okresu gorączkowego i złagodzić przebieg choroby. — Kirch usiłował wstrząsem kolloidalnym — przez zastrzykiwania peptonu, osiągnąć stan bezgorączkowy, a Widal i Koenigsfeld zastrzyknięcia własnej surowicy. Znane są też próby stosowania leczniczego szczepionek durowych.

Ponieważ ma się rocznie kilkudziesięciu chorych durowych w szpitalu i to przeważnie o przebiegu ciężkim i długotrwałej gorączce, postanowiłem zastosować u pewnej ilości chorych, wybierając przypadki ciężkie, powyżej wymienione środki. Stosowałem zastrzykiwania peptonu Witte w rozcieńczeniu 1:1000 do 1:100 co drugi dzień podskórnie od 2 cm³, zwiększając dawkę, zależnie od wyniku poprzedniego zastrzyknięcia o 2 cm³. Stosowałem również zastrzyknięcia surowicy chorego co dzień lub z jednodniową przerwą po 2—6 cm³, dawałem także pepton w 1—3 zastrzyknięciach, a następnie — surowicę. U jednego chorego, w wieku lat 45, stosowałem szczepionkę w pigułkach (Enterovaccine Lumière) ale po dwóch dniach tego leczenia chory miał tak silny zapad, że więcej nie próbowałem już stosowania tej szczepionki. Chorzy byli na ogół w wieku od 7 do 50 lat; większość — mężczyzn. U wszystkich dur brzuszny był stwierdzony serologicznie, czas trwania choroby od 10 do 21 dni, przeważnie jednak byli to chorzy w drugim tygodniu choroby. Wyniki leczenia podzieliłem na trzy grupy, a mianowicie: do bardzo dobrych zaliczyłem tych chorych, u których w przeciągu tygodnia spadła ciepłota do normy; do dobrych te, u których ciepłota utrzymywała się około 10 dni, a bez wyniku, gdzie to leczenie żadnego trwalszego wpływu nie wywarło.

Ciepłota często już po pierwszym zastrzyknięciu opada w ciągu 24 godzin o 2 do 3 stopni, podnosi się jednak wkrótce do poprzedniej wysokości i po następnych 2—3 zastrzyknięciach spada do normy jako lysis. Peptonem leczyłem 19 chorych, w tem 7 dzieci w wieku 7—14 lat. Wyniki osiągnąłem: u 12 bardzo dobre (5 dzieci), u 3 dobre, u 4 bez wyniku (1 dziecko). A więc dodatnie wyniki u 79% leczonych zastrzyknięciami peptonu. U chorych z wynikiem dodatnim były powikłania u 4, a mianowicie: 1 raz nawrót, który przeszedł po 2 dalszych zastrzyknięciach

peptonu, 1 raz krwotok jelitowy, 2 ropnie gruczołów szyi. Z 4 chorych, leczonych bez wyniku, wystąpiły u 3 powikłania, a mianowicie: 1 raz gangrena podudzia, 1 raz nawrót, 1 raz krwotok jelitowy, nikt nie zmarł.

II.

Surowica często już po jednem zastrzyknięciu obniża znacznie ciepłotę, a po następnych zastrzyknięciach zauważyć można lysis. Zdarza się jednak, że po początkowem obniżeniu ciepłoty więcej już nie działa, bez wpływu pozostaje zwiększenie dawki lub przerwa w zastrzyknięciach.

Może też wogóle nie działać, zwłaszcza w przypadkach świeżych.

Tą metodą leczyłem 5 dorosłych chorych; z pośród nich u 1 był wynik bardzo dobry, 1 dobry, u 3 bez wyniku. Powikłań nie było. Surowicę otrzymywałem w sposób ogólnie stosowany, a mianowicie: nakłuwałem grubszą igłą żyłę w zgięciu łokciowem i zbierałem krew w ilości około 30 cm³ do wyjałowionej, suchej kolbki. Następnie stawiałem kolbkę z krwią do lodu i po kilku godzinach wyciągałem surowicę strzykawką. Ponadto długą, wyjałowioną sondą, poruszałem skrzep krwi, aby otrzymać resztę surowicy. Surowicę utrwalałem 5% roztworem karbolu w stosunku 1:10.

III.

O ile stosowanie samej surowicy lub peptonu nie prowadzi do celu, to często zastrzykiwania codzienne, na przemian peptonu i surowicy, w dawkach zwiększanych, prowadzą do stanu bezgorączkowego w 7—10 dniach.

Tą kombinowaną metodą leczyłem 11 chorych (1 dziecko) i otrzymałem następujące wyniki: 4 bardzo dobre, 2 dobre, 5 bez wyniku, w tem 1 przypadek śmierci (dziecko 8-letnie), powikłań nie było żadnych.

Na 35 chorych, leczonych surowicą, peptonem, czy też metodą mieszaną, był tylko jeden przypadek śmierci, to jest niecałe 3%. Na podstawie mojego dotychczasowego, skromnego doświadczenia, uważam za wskazane prowadzenie dalszych prób, sądzę, że lepsze jest leczenie metodą kombinowaną, peptonem i surowicą. Wprawdzie stosowanie peptonu u dzieci i ludzi silnych daje lepsze wyniki lecznicze; jednak niektóre powikłania możnaby przypisać tej metodzie, jakkolwiek osobiście tego wrażenia nie miałem. W każdym razie, możemy w większości przypadków skrócić czas trwania choroby i uniknąć stanu odurzenia, gdyż prawie wszyscy leczeni byli podczas trwania choroby przytomni. Oczywiście, należy bezwzględnie zwracać uwagę na sprawność serca, stosować odpowiednią dietę, hydroterapję i inne znane sposoby leczenia objawowego.

Dr. Rudolf GACAŁ. Lwów.

Przypadek posocznicy pneumokokowej, powikłany zapaleniem opon mózgowych.

Z Oddz. zakaź. Państw. Szpit. Powsz. — Prymarjusz. Dr. W. Lipiński.

Zapalenie opon mózgowych, zwłaszcza pierwotne, wywołane przez dwoinki zapalenia płuc, należy do schorzeń rzadkich.

Holt w 300 przypadkach zapalenia opon mózgowych w pierwszych 3 latach dziecięcych spostrzegał w 73% zapalenie opon gruźlicze, w 12% nagminne, 11% zapalenie opon pneumokokowe i 4% ropne, wywołane przez inne drobnoustroje.

Zapalenie opon, wywołane przez dwoinki zapalenia płuc, może powstać: 1) po zapaleniu płuc, 2) po zapaleniu ucha środkowego, 3) może być pierwotne, idjopatyczne t. zn. punkt wyjścia jest nieznany. Co do przebiegu rozróżniamy: a) postać gwałtowną, cechującą się nagłem wystąpieniem objawów i zejściem śmiertelnem do kilku godzin, b) postać ostra, c) podostra i d) przewlekła. Niektórzy autorowie dzielą jeszcze zapalenie opon mózgowych na: 1) surowicze o rokowaniu korzystnem i 2) ropne o rokowaniu bardzo niekorzystnem.

Co do patogenezy zapaleń opon mózgowych po zapaleniu płuc, jedni przyjmują, że zakażenie następuje drogą limfatyczną, natomiast inni sądzą, że dochodzi ono do skutku drogą krwiobiegu i ta droga zdaje się być więcej prawdopodobną. Także pierścień limfatyczny w gardle ma być punktem wyjścia zapalenia opon mózgowych.

Do najczęstszych należą przypadki po zapaleniu płuc. Pierwotne zapalenia opon mózgowych na tle dwoinek są rzadkie. I tak Lenhartz spostrzegał 5 przypadków zapalenia opon mózgowych po zapaleniu płuc i 5 idjopatycznych. Wszyscy chorzy po kilku dniach zmarli. Schlesinger opisuje 4 przypadki wyleczone, które trwały kilka tygodni, Worster-Drought i Kennedy 9 przypadków (5 pierwotnych, 4 wtórne). Wszyscy chorzy zmarli w przeciągu 3 do 15 dni. Często zdarza się, że płyn mózgowo-rdzeniowy jest jałowy, a sekcja wykazuje znaczne zmiany ropne w oponach. Taki przypadek opisuje Rey u dziecka 8-dniowego, następnie Brady u chłopca jednorocznego. Levi opisał podobny przypadek. Hodowla była jałową, ale płyn mózgowordzeniowy, wstrzyknięty myszce, wywołał u niej zakażenie pneumokokowe.

Według Holta zapalenie opon mózgowych pneumokokowe przebiega podobnie jak nagminne zapalenie opon w wieku dziecięcym, tylko szybciej i prowadzi prawie stale do śmierci.

Przed kilku miesiącami mieliśmy sposobność spostrzegania na Oddziale zakaźnym przypadku zapalenia opon mózgowych, wywołanego przez dwoinki zapalenia płuc.

Chory J. O. lat 21, stanu wolnego, z zawodu rolnik, przysłany na oddział zakaźny w dniu 21. X. 1927 r. z podejrzeniem zapalenia opon z ucha (meningitis otogenes). Chory w chwili przyjęcia był nieprzytomny. Wywiady, zebrane u ojca chorego, są następujące: Rodzice zdrowi. Chory w dzieciństwie przebył zapalenie pryszczykowe spojówek, w 8 roku odrę i płonicę. W 15 roku życia zapalenie pryszczykowe spojówek powtórzyło się i pod wpływem leczenia ustąpiło. Od 4 lat chory ma wyciek ropny z ucha prawego, pochodzenia niewiadomego. Pozatem był on zupełnie zdrów. Obecna choroba datuje się od 16. X. 1927 r. Wieczorem tego dnia chory skarżył się na ból głowy i ogólne osłabienie. Następnego dnia jeździł do lasu po drzewo, po powrocie ból głowy wzmógł się do tego stopnia, podobnie i ogólne osłabienie, że zmuszony był położyć się do łóżka. Dnia 18. X. oprócz bólu głowy, wystąpiły uporczywe wymioty, a 19. X. sztywność karku i gorączka. Wezwany lekarz 20. X. stwierdził ciepłotę 38.5 i skierował go do szpitala do Lwowa. Przez cały okres choroby w domu był on przytomny. Stolec przez cały czas choroby był zaparty, mocz oddawał prawidłowo.

Stan obecny: Chory wzrostu średniego, budowy kośćca prawidłowej, odżywienia dobrego. Na skórze, poza nieznacznemi otarciami naskórka na rękach i nogach, zmian niestwierdono. Czaszka bez zmian. Małżowiny uszne sine. Przewód uszny zewnętrzny prawy wypełniony wydzieliną ropną zaschniętą. Spojówki powiekowe nastrzykane, gałki oczne ruchome, źrenice zwężone, nierównej wielkości, prawa nieco bardziej rozszerzona, niż lewa, na światło i akomodację nie oddziaływują (uszkodzenie nerwu III-oculomotorius). Twarz maskowata, prawy kąt ust opadnięty ku dołowi, fałd nosowopoliczkowy prawy wyrównany (uszkodzenie nerwu VII-twarzowego). Nerwy mózgowe V i VI były bez zmian. Sztywność karku wybitna. Kernig i Babiński dodatni. Odruchy ścięgniste po stronie lewej osłabione, po prawej zniesione. Jama ustna: język obłożony, obrzękły, gardło zaczerwienione, migdałki obrzękłe, powiększone nieznacznie, na lewym migdałku widoczne 2 czopy ropne. Na szyi gruczoły macalne po obu stronach, miękkie. Klatka piersiowa miernie długa i szeroka, prawidłowo wysklepiona. Wypuk nad płucami jawny, dolne granice płuc ruchome. Przysłuchem stwierdza się rozlane świsty, furczenia, pozatem niekiedy poszczególne rzężenie drobno i średniobańkowe, niedźwięczne. Serce wypukiem w granicach prawidłowych, przysłuchem nad końcem serca szmer skurczowy, pozatem tony głuche, czynność serca przyśpieszona, nieregularna. Tętno miękkie, nieregularne, 98 uderzeń na minutę. Brzuch zapadnięty łódkowato. Obmacywaniem nie stwierdzono w jamie brzusznej żadnych oporów, wypuk w górnej części bębenkowy, 2 palce poniżej pępka przytłumiony; przytłumienie to odpowiadało wypełnionemu pęcherzowi moczowemu. Wątroba pod łukiem macalna, wypukiem nie powiększona, śledziona macalna pod łukiem, twarda, powiększona. Stawy wolne.

21. X. Chory o godzinie 22 oddał samoistnie większą ilość moczu, był niespokojny, rzucał się i pokrzykiwał. Czynność serca osłabiona. Podano środki nasercowe. W moczu stwierdzono ślad białka, w osadze pojedyńcze ciałka ropne i bezpostaciowe moczany.

22. X. O godzinie 10-tej rano wykonano nakłucie lędźwiowe i upuszczono 50 cm³ płynu mętnego, wydobywającego się pod zwiększonem ciśnieniem. Z powodu znacznego utrudnienia w oddychaniu i ogólnej sinicy wykonano upust krwi z żyły łokciowej w ilości 300 cm³. Po upuście chory oddycha swobodniej. O godzinie 16-ej stan się pogarsza. Podaje się środki nasercowe. O godzinie 17-tej min. 30 wieczorem zejście śmiertelne.

Badanie cytologiczne krwi, wykonane 22. X. dało wynik następujący: ciałek czerwonych 3,800.000, ciałek białych 14.000. W preparacie zróżnicowanym, barwionym metodą Pap-

penheima znaleziono: neutrochłonnych 92%, w tem młodych 4%, pałeczkowatych 7%, segmentowanych 81%, limfocytów 4%, monocytów 4%, eozynochłonnych 0%, bazofilnych 0%.

Badanie bakterjologiczne krwi: Na bulionie cukrowym z dodatkiem płynu puchlinowego wysiano 20 cm^3 krwi, pobranej jałowo z żyły łokciowej. Po 24 godzinach w cieplarce stwierdzono w hodowli dwoinki zapalenia płuc. Hodowlę krwi na bulionie podano myszce białej w ilości 1 cm^3.. Śmierć myszki nastąpiła do 24 godzin.

Badania serologiczne: (odczyn Widala z prątkiem Eberta, duru rzekomego B, odczyn Weil - Felixa) dało wyniki ujemne. Badanie śluzu z nosa i gardła na prątki Loefflera i łańcuszkowce krwiobójcze dało w hodowli wynik ujemny. Wydzielina ropna z ucha okazała się jałowa.

Badanie płynu mózgowordzeniowego: Pandy i Nonne Appelt wybitnie dodatni, w preparatach jakoteż w hodowli stwierdzono pneumokoki. Próba na myszce białej: wstrzyknięto 1 cm^3 płynu mózgowordzeniowego śródotrzewnowo. Myszka padła do 24 godzin. W preparatach ze śledziony i serca myszki padłej stwierdzono dwoinki gramododatnie lancetowate z otoczkami. Badanie krwi wykazało, że mamy do czynienia z posocznicą, wywołaną przez dwoinki zapalenia płuc.

Sekcja zwłok, wykonana dnia następnego w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. K. (Adjunkt Dr. Schusterówna) stwierdziła: *Leptomeningitis purulenta universalis. Hyperaemia et oedema cerebri. Tumor lienis acutus. Hyperaemia et oedema pulmonum. Bronchitis et bronchiolitis acuta purulenta. Tonsillitis abscedens. Degeneratio organorum parenchymatosa.*

Przypadek powyższy zapalenia ropnego opon mózgowych na tle dwoinek zapalenia płuc, spostrzegany przez nas na Oddziale zakaźnym zasługuje na wyróżnienie z kilku powodów. Cały proces chorobowy trwał zaledwie 7 dni, przebieg zatem był gwałtowny. Stwierdzenie dwoinek zapalenia płuc we krwi wskazywało, że było ogólne zakażenie krwi, które spowodowało zejście śmiertelne. Co do punktu wyjścia sprawy chorobowej, zdawałoby się, że najłatwiej przyjąć — ucho. Jednak badanie wydzieliny ropnej wypadło ujemnie. Drugim punktem to zapalenie migdałków i stąd cała sprawa drogą krwi przeszła na opony mózgowe. Przypadki o podobnym punkcie wyjścia należą do bardzo rzadkich. Co do leczenia, w tym kierunku brak u nas spostrzeżeń. Jedni leczą surowicą pneumokokową, wstrzykiwaną dolędźwiowo, i osiągają dobre wyniki, natomiast inni są zwolennikami wstrzykiwania dolędźwiowego optochininy, lub wykonują tylko upusty płynu mózgowordzeniowego i mają niezłe wyniki.

Rokowanie w zapaleniu opon mózgowordzeniowych jest złe, śmiertelność, według Bernarda, bez względu na wiek, wynosi 75%, podczas gdy w zapaleniu nagminnem opon 21%. Lepsze rokowanie dają natomiast zapalenia opon mózgowych surowicze, gdyż tu łatwiej przychodzi do wyleczenia.

Piśmiennictwo.

E. Stransky, A. Wittenberg: Jahrb. f. Kinderheilkund. 1926, str. 245. — W. Rieder: Klin. Woch. Nr. 36, 1924. — Wolf: Siegfried: D. med. Woch. 1925, str. 1117. — R. Ducastaigne: Revue Neurolog. Nr. 6, 1913. — G. Rosenow: D. med. Woch. Nr. 1, 1920. — Grober: M. m. Woch. Nr. 25, 1910.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

W sprawie kontroli nad przestrzeganiem przepisów sanitarnych przez zakłady fryzjerskie i golarskie wydało Ministerstwo spraw wewnętrznych następujące zarządzenie z 16 maja 1928 r. Nr. 2 H. 1822/28. Na podstawie wyników przygodnie dokonanych inspekcyj stwierdzono, że fryzjernie i golarnie nie przestrzegają wydanego przez Ministra Zdrowia Publicznego w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych rozporządzenia z dnia 6. III. 1922 r. o przepisach sanitarnych dla zakładów fryzjerskich i golarskich (Dz. U. R. P. Nr. 40/22, poz. 337), którego moc obowiązująca, określona na dwa lata, przedłużona została rozporządzeniami Ministra Spraw Wewnętrznych, mianowicie rozporządzeniem z dnia 17. V. 1924 (Dz. P. R. P. Nr. 44, poz. 470) na dalsze dwa lata, a rozporządzeniem z dnia 29. IV. 1926 (Dz. U. R. P Nr. 42, poz. 261), aż do odwołania, zaś w szczególności stwierdzono, że nie jest przestrzegany wydany na podstawie powołanego powyżej rozporządzenia okólnik Zdrowia Publicznego z dnia 12. VIII. 22 L. Org. 21693/647/22, w sprawie nadzoru sanitarnego nad zakładami fryzjerskiemi i golarskiemi.

Przeto polecam bezzwłocznie wydać odpowiednie zarządzenia, aby lekarze urzędowi poddali szczegółowej kontroli wszystkie znajdujące się na ich terenie służbowym fryzjernie i golarnie, oraz ażeby stwierdzone uchybienia zostały usunięte do dnia 1 lipca r. b. oraz stałe przestrzeganie przepisów sanitarnych bezwzględnie było zapewnione.

Równocześnie przypominam okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) z dnia 18. III. 1926 r. Nr. ZH. 1789/26, w którym zarzadzono, ażeby lekarze urzędowi pouczali pracowników zakładów fryzjerskich i golarskich co do znaczenia higjenicznego i sposobu stosowania poszczególnych przepisów sanitarnych.

O wynikach tej akcji oczekuję od Pana Wojewody (P. Komisarza Rządu na m. st. Warszawę) szczegółowego sprawozdania do dnia 31 lipca r. b.

W sprawie zakażenia połogowego po poronieniach wydało Ministerstwo Spraw Wewnętrznych następujące zarządzenie z 25 maja 1928. Nr. Z. Z. 1118/28. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi o wydanie polecenia starostom (lekarzom powiatowym):

1. aby w każdym przypadku zgłoszonego zachorowania czy zgonu na zakażenie połogowe stwierdzali, czy wydarzył się on po porodzie, czy też po poronieniu;

2. by w przypadku zakażenia połogowego po poronieniu drogą ściślejszego badania ustalali, czy nie nasuwa on podejrzenia na poronienie kryminalne, a jeżeli tak, by sprawę przekazywali właściwym władzom sądowym.

Wynik swych badań w tym względzie lekarze powiatowi winni wykazywać w swych raportach tygodniowych o zachorowaniach i zgonach na choroby zakaźne w sposób następujący: W rubryce 15-tej wykazu (zakażenie połogowe) podawać ogólną liczbę zachorowań i zgonów jak dotychczas, zaś w rubryce 26-ej „wymienić jakie" w odpowiednim wierszu podawać liczbę poronień, w tem poronień kryminalnych i zgonów po poronieniu. Poniże podaje się jako przykład dane z tygodnia 52-go 1927 r. z całego państwa:

15. Zakaź. Ch.	połog. Zg.	26. Wymienić jakie:
19	10	w tem por. 12 krym. 10, zg. 8

W sprawie wyrobu i obrotu eteru etylowego wydało Ministerstwo Spraw Wewnętrznych następujące zarządzenie z 4 maja 1928. N. Z. F. 1126/28. W dniu 15 maja r. b. wchodzi w życie rozporządzenie o wyrobie, obrocie i przechowywaniu eteru etylowego z dnia 22 lutego 1928 r. ogłoszone w Nr. 30 D. U. R. P. (poz. 281).

W związku z powyższem zechce Pan Wojewoda (Komisarz Rządu) zarządzić:

1 prowadzenie dokładnej ewidencji fabryk, produkujących eter etylowy i jego mieszaniny, oraz zakładów, prowadzących hurtowa i detaliczną sprzedaż tych artykułów, z wyjątkiem aptek;

2. zwrócić uwagę starostom na konieczność nadzorowania, aby wyrób i obrót eterem etylowym i jego mieszaninami odbywały się zgodnie z przepisami wymienionego rozporządzenia, a w szczególności, aby artykuły te nie były utrzymywane w drogerjach (detalicznych składach materjałów aptecznych), nieposiadających uprawnienia do handlu truciznami;

3.) polecić starostwom, aby zaświadczenia na prawo nabywania eteru etylowego i jego mieszanin, przewidziane w § 11 rozporządzenia, były wydawane tylko osobom, którym można zaufać, że nie użyją tych artykułów jako surogatu wódki i że nie zbędą ich innym osobom, względnie firmom. Zaświadczenia te starostwa powinny wydawać według załączonego wzoru (Załącznik Nr. 1).

4. Corocznie we wrześniu nadsyłać Ministerstwu Spraw Wewnętrznych wykazy:

a) wszystkich zakładów, produkujących eter etylowy i jego mieszaniny,

b) zakładów, którym zostały udzielone koncesje na hurtowną sprzedaż tych artykułów, oraz

c) drogerji (detalicznych składów materjałów aptecznych) trudniących się detaliczną sprzedażą eteru.

Ponieważ w myśl przepisów art. 679 rosyjskiej ustawy lekarskiej z 1905 r. zezwolenia na handel truciznami wydają władze samorządowe, Panowie Wojewodowie Białostocki, Nowogródzki, Poleski, Wileński i Wołyński (o ile chodzi o obszar województwa poza b. Kongresówką) zechcą zwrócić uwagę władzom komunalnym, aby pozwolenia na prawo handlu truciznami udzielały z całą oględnością tylko tym osobom, rzeczywiście zasługującym na zaufanie, i tylko w tych przypadkach, gdy założenie handlu truciznami jest niezbędne dla potrzeb gospodarczych danego osiedla lub jego okolicy.

Przewidziane w § 2 rozporządzenia koncesje na hurtowną sprzedaż należy wydawać według załączonego wzoru (załącznik Nr. 2). Koncesje te powinny być doręczone osobom zainteresowanym dopiero po stwierdzeniu przez właściwe władze, że lokal na hurtownię i jej urządzenie pod względem bezpieczeństwa ogniowego odpowiadają przepisanym wymaganiom.

(—) Dr. Piestrzyński, Dyrektor Dep. Służby Zdrowia.

Załącznik Nr. 1.

ZAŚWIADCZENIE

Starostwo . . . . zaświadcza niniejszem, że P. . . . ma prawo nabyć w drogerji jednorazowo w ciągu roku . . gramów eteru etylowego partjami po . . . . gramów w okresach . . . . (kwartalnych, miesięcznych, tygodniowych).

Zaświadczenie niniejsze jest ważne tylko dla osoby, której zostało udzielone, i nie może być pod żadnym tytułem nikomu odstępowane.

Podpis.

Pieczęć.

Załącznik Nr. 2.

KONCESJA

Województwo . . . . . na podstawie § 3 rozporządzenia z dnia 22 lutego 1928 r. o wyrobie, obrocie i przechowywaniu eteru etylowego (Dz. U. R. P. Nr. 30 poz. 281) udziela niniejszem (wymienić imię, nazwisko i adres koncesjonarjusza) koncesję na hurtowną sprzedaż eteru etylowego i jego mieszanin w zakładzie handlowym, znajdującym się w . . . . . przy ul. . . : Nr. . . , pod warunkiem ścisłego przestrzegania przepisów tego rozporządzenia.

Koncesja niniejsza będzie cofnięta w przypadku przewidzianym w § 4 tego rozporządzenia.

Podpis.

Pieczęć.

Plany ośrodków zdrowia. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) podaje do wiadomości, że posiada obecnie, poza planami ośrodków zdrowia dla osiedli mniejszych, również plany i kosztorysy ośrodków zdrowia dla dużych miast i rozsyła te plany na zapotrzebowanie za opłatą 15 złotych za komplet (plany i kosztorys).

OCENY.

Prof. F. Terrien: *Chirurgie de l'oeil et de ses adnexes.* Rok 1927, wydanie 3 powiększone, uzupełnione i przerobione. Stronic 648. Rycin 565. Cena 100 franków. Wydanie: Masson et Cie Paris.

Stosując więcej niż kiedykolwiek swoją zasadę przedstawienia rzeczy w rycinach daje autor w trzecim wydaniu 75 nowych rycin. Tekst został przerobiony i w niektórych miejscach powiększony. Pomiędzy nowemi rycinami należy zaznaczyć przedewszystkiem: wydobycie zaćmy przy pomocy nakłucia nożykiem grotowym, całkowite wydobycie zaćmy sposobem Smitha i Barraquera, przebicie *(transfixion)* tęczówki, operacja woreczka łzowego od strony nosa *(dacryocystorhinostomie)*, operacja opadnięcia powieki, trepanacja kości klinowej i t. p. Podręcznik jest bardzo zwięzły, przejrzysty i napisany naprawdę stylem jasnym i prostym. Uderza przytem ujęcie całości z zakresu chorób ocznych i systematyczny podział. Przypomniawszy wiadomości anatomiczne, opisuje autor zmiany patologiczne i zapoznaje ze wszelkiemi ostrożnościami, które należy zachować przed zabiegiem. Następnie bardzo plastycznie podaje opis zabiegów, które wydały mu się najpraktyczniejsze. Uwzględnia wyczerpująco wskazania do zabiegu chirurgicznego i powikłania, jakie mogą grozić choremu.

Wszystkie zabiegi na gałce ocznej opisuje autor bardzo szczegółowo, a w szczególności uwzględnia wszystkie możliwe sposoby operacyjne zaćmy. Podane są przytem z jak największą dokładnością zasady postępowania dla operatora i dla asysty, sposób trzymania noża, utrwalanie gałki, technika cięć i są przytoczone środki ostrożności, jakie w każdym przypadku należy zachować.

Słowem podręcznik ten jest naprawdę prawdziwym i wyczerpującem dziełem chirurgji ocznej. Przez swą przejrzystość, ścisłość i jasność, dokładność i prostotę stylu został przyjęty z zachwytem przez wszystkich okulistów we Francji, a zapewne nie zabraknie go u żadnego okulisty u nas. Pod wielu względami a zwłaszcza co do ścisłości i przejrzystości przewyższa tego rodzaju podręczniki niemieckie, a jest kilkanaście razy tańszy od nich. *Naróg.*

P. Dascotte: *Hygiène.* 4-ème edition. Bruxelles, Paris, 1927. Część I., str. 308, część II. 480.

Książka Dascotte'a należy do popularnych w Belgji książek higjenicznych. Zawiera w sobie rozdziały: higjena: osobnicza, rodzinna (mieszkanie, zachowanie czystości, walka z pasorzytami), socjalna (do której włączono również epidemjologję), higjena wieku dziecięcego, szkolna, zawodowa, higjena starości oraz ratownictwo. Książka jest przeznaczona dla szerszych warstw inteligentnych, napisana bardzo przystępnie i jasno, zawiera dużo ilustracyj, często nieco schematycznych, lecz zato bardzo poglądowych. *Prof. K. Karaffa-Korbut* (Wilno).

Leon Bernard et Robert Debré: *Cours d'Hygiène.* Paris. Masson, 1927, tom I, str. 1247; tom II, str. 811.

Obok wielotomowego dzieła: „Traité d'Hygiène“, rozpoczętego przez P. Brouardel'a i E. Mosny'ego, później prowadzonego przez A. Chantemesse'a, obecnie zaś redagowanego przez L. Martin'a i G. Brouardel'a, akademickie piśmiennictwo francuskie posiada szereg dobrych i treściwych podręczników higjeny dla studentów medycyny, jak t: Courmont'a, Guiraud'a, Macaine'a i innych. Odczuwał się jednak brak kursu, któryby, co do swej objętości, zajmował miejsce pośrednie pomiędzy obszerną encyklopedją a treściwemi podręcznikami studenckiemi. Książka L. Bernard'a, obecnego profesora higjeny na uniwersytecie paryskim, zapełnia właśnie tę lukę.

Praca obejmująca z górą 2000 stron, stanowi zbiorowy wysiłek 32 autorów, których większa część grupuje się właśnie około instytutu higjenicznego wydziału lekarskiego w Paryżu, wobec czego kurs jest wyrazem szkoły i kierunków tej katedry. Wskutek tego, mimo znacznej liczby autorów, książka posiada znaczną jednolitość i odzwierciedla szkołę L. Bernad'a. Podstawę wydania stanowiły „Wyższe kursy higjeny“, które odbywały się przy katedrze higjeny od r. 1921.

Wykład rozpada się na 5 części: epidemjologja, higjena społeczna, higjena publiczna, higjena osobnicza i higjena miejska. Już ten rozkład materjału, znacznie odbiegający od utartego w piśmiennictwie francuskiem wzoru, wskazuje na zasadniczą cechę całego kursu, mianowicie, że tak powiem, na uspołecznienie ujęcia całokształtu higjeny; rzeczywiście, dane z higjeny społecznej, zrozumianej w najszerszem znaczeniu tego wyrazu, przeważają w kursie, sprawy zaś higjeny ogólnej i doświadczalnej, techniki sanitarnej i t. p. odchodzą na plan drugi.

Każdy z poszczególnych działów jest opracowany bardzo starannie i podaje najnowsze poglądy, teorje i materjały faktyczne. Dział statystyki, który autor — Y. Biraud — słusznie nazywa „statistiques sanitaires“, zamiast utartego w piśmiennictwie francuskiem „démographie“, zawiera treściwy wstęp z teorji statystyki i najprostsze zastosowanie rachunku prawdopodobieństwa i ta okoliczność zasługuje na szczególne uznanie wobec tak częstych błędów statystycznych, spotykanych w pracach lekarzy. Tekst książki nie jest przeładowany nazwiskami autorów i cytatami z nich, co, jak wiadomo w znacznej mierze utrudnia czytanie książki dla każdego, kto nie zajmuje się fachowem uprawianiem nauki. Wykład prawie wszędzie jest przejrzysty i jasny.

Wymienione zalety kursu czynią go łatwym i przyjemnym, nie nadając książce wyłącznego charakteru informatora, jak to czasem spotykamy pośród analogicznych wydawnictw zbiorowych.

Wobec braku w piśmiennictwie polskiem kursu podobnego do omawianego, możemy śmiało zalecić kurs L. Bernard'a i R. Debré'go nie tylko dla bibljotek, lecz i dla każdego lekarza, inżyniera, urzędnika, działacza społecznego, którzy mają do czynienia ze sprawami ochrony zdrowia indywidualnego i publicznego; przyczem książka zasługuje na polecenie tem bardziej, że niektóremi warunkami naszego życia zbiorowego jesteśmy więcej zbliżeni właśnie do Francuzów, niż do innych narodów Europy.

Prof. K. Karaffa-Korbutt (Wilno).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, rok XL, zeszyt 12, z 15 czerwca 1928: W. Krzemiński: Dwa przypadki zwyrodnienia wątrobowo-soczewkowatego. — Z. Dziembowski: Nowotwory jelita grubego (dok.). — E. Wajs: Kilka uwag na temat t. zw. racjonalnego odżywiania przy gruźlicy płuc. — W. Szurek: Przyczynek do mechanizmu pęknięcia jelita. — E. Schmidt i E. Weisz: Aparat uniwersalny do precyzyjnych ćwiczeń ortopedycznych. — I. Celarek: O przesączach Besredki.

Opieka nad dzieckiem, rok VI, Nr. 2, za marzec i kwiecień 1928: W. Piotrowska i Wł. Piotrowski: Wyniki ankiety w sprawie spędzania wakacyj przez dzieci szkół powszechnych. I. Zienkiewicz: Sprawozdanie z działalności Stacji nad matką i dzieckiem w Wilnie. — H. Boguszewska: Poradnia pedologiczna. — St. Łyskawiński: Opieka nad noworodkami w zakładach położniczych. — A. Klęsk: Opieka nad dzieckiem pracującem.

Wiadomości farmaceutyczne, rocznik LV, Nr. 17: I. Fabicki. Przyczynek do badań nad przysadką mózgową (dok.). — Nr. 18: I. Bader: Krzywica, a witaminy w świetle najnowszych badań. Nr. 19 i 20: H. Ruebenbauer: Botanicy-systematycy (dok.). — Nr. 21: St. Rosenblumówna i St. Weil: Kilka nowych soli uranu. — Nr. 22: St. Kosmalski: Technika pobierania prób wody mineralnej i prace przy źródle. — Nr. 23: I. Bobińska-Szarska: W sprawie pobierania gruczołów wewnątrzwydzielniczych dla produkcji preparatów organoterapeutycznych. — M. Holtorf-Haltorp: Oddział farmaceutyczny fabryki w Tarchominie z r. 1875. — 24: B. Piedo: O naparach z korzenia wymiotnicy. — Nr. 25: B. Piedo: O naparach z korzenia wymiotnicy (c. d.).

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, Nr. 18, z 21 czerwca 1928: Z. Bychowski: Zagadnienia współczesnej rentgenoterapji. — I. Luxemburg: Próba poronnego leczenia duru brzusznego przesączami Besredki (antivirus). I. K. Szpilman: Nowy instrument do zdejmowania klamerek Michela. — B. Goldstein: Leczenie zachowawcze wrzodu żołądka i dwunastnicy (streszcz. zbior. dok.). — A. Zamenhof: Z powodu artykułu „Dawniej a dzisiaj". — Z. Srebrny: Odpowiedź na uwagi Kol. Zamenhofa. — M. Skokowska-Rudolfowa: W sprawie uzdrowisk dla chorych gruźliczych.

Kronika dentystyczna, rok XXIII, Nr. 3—4, za marzec-kwiecień 1928: Chorążycki: W sprawie powstawania kamieni ślinnych. — Wandstein: Nowy system aparatu własnego pomysłu do formowania plomb. — Press: Przypadek prawego pierwszego dolnego dwuguzowca o 3-ech korzeniach.

Higjena życia codziennego, rok III, Nr. 6, z 15 czerwca 1928: Różne wskazówki praktyczne z dziedziny higjeny życia codziennego.

Lekarz Kasy chorych, rok IV, Nr. 31—32, za maj i czerwiec 1928: Od redakcji. — Jak wprowadzenie Kas chorych wpłynęło u nas na etykę. — Ubezpieczenia społeczne za granicą. — Z Kasy chorych m. Warszawy. — Nekrolog ś. p. Dr. Aleksandra Zawadzkiego.

Dziecko i matka, rok III, Nr. 12 z r. 1928: Zabawa na wodzie. M. Germanówna: Mali i starzy w Anglji. — W. Prażmowska: Wrogowie i przyjaciele. — Z cyklu: Sprawy z dziećmi. — M. Biernacka: Kąpiel rzeczna. — St. Kramsztyk: Klimatyczne leczenie dzieci. — T. Cybulski: Zdrojowisko Rabka a dzieci (dok.). — P. Gleich: Wymioty u dzieci. Objady dla dzieci.

Przemysł chemiczny, rok XII, Nr. 6, za czerwiec 1928: T. Kirkor: Wyniki systematycznego badania wody z Wisły. — A. Gaczorowski: Urządzenie do pomiaru szybkości przepływu gazów w Chemicznym Instytucie badawczym w Warszawie. — Wł. Diamand: Pierwsze próby samodzielnego planowego rozwiązania całości polityki sprawy naftowej (dok.). — I. S. Turski: Memorjał w sprawie akcyzy od busoli dla motorów spalinowych.

Medycyna, rok II, Nr. 25, z 23 czerwca 1928: A. Landau, M. Fejgin, A. Grochowski, I. Held i E. Piętnikówna: Trzy przypadki późnej kiły narządów wewnętrznych (Lues visceralis tarda). — M. Peker i M. Salamon: Przyczynek do leczenia niedokrwistości w wieku dziecięcym. — I. Zienkiewicz: Przyczynek do kazuistyki kiły mózgu u niemowląt z kiłą wrodzoną. — J. Zaorski: Zestawienie porównawcze zapatrywań na rozpoznanie i leczenie owrzodzeń żołądka i dwunastnicy.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, Nr. 26, z 24 czerwca 1928: M. Gatty-Kostyal i Piotr Derlatka: Ocena wartości sporyszu i wyciągu sporyszowego według farmakopei niemieckiej D. A. B. VI. — Referaty z czasopism polskich i obcych. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Cas. lek. cesk.

R. LXVII, l. 9/128.

Dr. Vohnout Cestmir, z kliniki chirurg. prof. Petrivalského Brno: *Przyczynek do hernia praevesicalis.* Mimo, iż hernia praevesicalis jest już od dawna znana, przecie jej obraz kliniczny, nie jest dotąd tak jasny, by ją można było zawsze łatwo rozpoznać. Powstaje ona w miejscu fovea supravesicalis, jeżeli istnieje wrodzona dyspozycja anatomiczna. Skoro dochodzi do większych rozmiarów, może uciskać pęcherz moczowy tak, że objawy ze strony pęcherza wysuwają się na czoło choroby. Jeżeli nastaje uwięzgnięcie, mamy zwyczajnie do czynienia z ileus ex obturatione a nie z ileus e strangulatione, ponieważ bramka tej hernii jest dosyć szeroka. Bramka przepuklinowa da się łatwo zlokalizować według miejscowej bolesności na ucisk. Cystoskopowo można stwierdzić stłoczenie wierzchołka pęcherzowego do wnętrza. Prognoza jest tem lepsza, czem wcześniej się taką przepuklinę operuje i to w miejscowem znieczuleniu, tak, iż pętlę jelitową można reponować, ranę się zaszywa a chory opuszcza łóżko, co najrychlej.

R. LXVII, l. 10/1928.

Prof. Dr. B. Slavik, klin. okul. Brno: *Przyczynek do t. zw. neuritis tbc. primaria nervi optici.* Autor zwraca uwagę, na trudności powstające przy rozpoznawaniu etjologji neuritis n. II zwłaszcza jeżeli chodzi o etjologję gruźliczą. Zbiera dowody na to, że u przypadków, pewnych, gruźliczych tuberkulina stosunkowo często daje szybki skutek. Nie chce przeceniać wartości djagnostycznej tego środka, nie może jednak mu odmówić pewnego znaczenia. Z 10 przypadków leczonych tuberkuliną uważa 4 za gruźlicze: 2 przypadki neuroretinitis z zaznaczoną lub wyraźną figurą gwiaździstą w okolicy macula, 1 papillitis i 1 neuritis retrobulbaris, u której w przebiegu leczenia tuberkuliną wystąpił guzkowy naciek na papilla i siatkówce, 2 przypadki są niepewne, bo nie można było stwierdzić oznak etjologicznych, 2 przypadki były pochodzenia rhinogenicznego, a dwa miały jako podkład sclerosis multiplex.

R. LXVII, l. 11/1928.

Prof. Dr. Arnold Jirásek, I klin. chirug. Praga: *Uwagi o chirurgicznem leczeniu padaczki.* Przy epilepsia genuina znajduje się chirurg w przykrem położeniu. Miejscowy podkład anatomiczny jest mu nieznany a przeciw czynnikom fizjologicznym, które się przedstawia jako zmienioną reaktywność mózgu, nie posiada broni. Jeżeli mimo wszystko operuje, czyni to tylko empirycznie a jego wyniki są raczej szczęśliwym przypadkiem niż skutkiem świadomej celu pracy. Przy epilepsia traumatica jest anatomiczna patogeneza jasna. Tu cała kwestja sprowadza się do problemu blizny. W częściach pozamózgowych, w samym mózgu, jakoteż w stosunku obu środowisk do siebie. Ta padaczka zostaje słusznie pod panowaniem chirurgji. Aż do mózgu dozwala dzisiejsza technika sytuację poprawić lub dać zupełne wyleczenie. Kwestja leczenia blizn mózgowych jest jeszcze dziś kwestją otwartą. Padaczka Jacksona, choć daje nadzieję na rezultaty conajmniej ze strony teoretycznej, rozbija się na niendoskonalonej jeszcze technice. W miejscach mniejszej wagi możliwe jest wycięcie kory. Usiłowania zdążające do zmniejszenia pobudliwości mózgowej są u samych zaczątków.

Dr. Cyril Gála, asyst. II klin. ginek. w Pradze: *Wydzielanie Yohimbiny przy doustnem podawaniu.* Przy podawaniu Yohimbiny jako laktagogum należy się zastanowić nad tem czy przechodzi ona do mleka, a jeżeli nie to jaką drogą się wydziela. Ze względu na to, że przy doustnem podawaniu można wykazać Yohimbinę istniejącymi odczynami na alkaloidy (ścięcie, barwa) w moczu i to głównie w 2 godziny po podaniu, nigdy wszak w mleku se-

cernowanem w tymże czasie, należy przyjąć, że Yohimbina nie przechodzi do mleka w ilości dającej się wykazać. Wydziela się głównie nerkami. Zmiany odczynu i składników moczu świadczą o przejściowem podrażnieniu nerek, prawdopodobnie o zwyższeniu przepuszczalności wskutek vasodilatacji. Dlatego nie należy się obawiać, by doustne podawanie Yohimbiny miało jakieś uboczne, szkodliwe działanie na oseska.

R. LXVII, I. 12/1928.

Dr. Fraut. Pachner: *Wpływ natr. salicylum na ciążę.* Autor podjął się niniejszej pracy na wezwanie urzędu bezpieczeństwa, które go zapytało, czy można przy pomocy natr. salicylicum wywołać poronienie. Na podstawie doświadczeń laboratoryjnych na mięśniu macicznym świnki morskiej, sekcji zwierząt otrutych, doświadczeń na ciężarnych świnkach oraz klinicznej obserwacji kobiet, można o natr. salicylicum wypowiedzieć następujące zdanie:

1. Na macicę nie ciężarną nie wywiera natr. salicylicum prawie żadnego wpływu tonisującego.
2. Ciąża uczula (sensibilizuje) macicę na działanie natr. salicylicum, tak, iż w koncentracji 0.2% wywołuje widoczną kontrakcję macicy.
3. Z tego działania jednak nie można wnioskować wiele o działaniu natr. salicyl. jako abortivum w żywym organiźmie, ponieważ nie zdołano stwierdzić na macicy zwierząt otrutych śmiertelnie salicylem żadnych oznak działania abortywnego.
4. Nie można też było ani największemi dawkami wywołać u świnek morskich poronienia, mimo iż podana ilość dwukrotnie przewyższała ilość potrzebną do 0.2% koncentracji.
5. U 65 kobiet w ciąży pomimo podawania 6 g natr. salicylicum dziennie przez 3 dni nie można było wyprowokować poronienia ani też żadnego objawu świadczącego o blizkiem poronieniu. Natr. salicylicum nie jest zatem żadnem abortivum.

Dr. Gangel.

Piśmiennictwo angielskie.

American Journal of obstetrics and gynecology.

Vol. XIV. Nr. 3.

B. P. Watson (New York N. Y.): *Odpowiedzialność nauczycieli położnictwa w związku z chorobowością i śmiertelnością matek.* Jest to odczyt wygłoszony we Filadelfji, który jednak przedstawia stosunki szkockie, gdzie podobnie jak i w innych krajach śmiertelność kobiet w połogu jest dość znaczna. W celu poprawy tych stosunków żąda autor odpowiedniego fachowego wykształcenia studentów i położnych i ograniczenia operacji wykonanych w praktyce prywatnej poza zakładami i klinikami. Odnośnie do położnych żąda autor poprawy ich bytu i stanowiska społecznego i proponuje dla nich nazwę: sióstr porodowych. Położne wraz z położnikami tworzyłyby fachowe zrzeszenia.

Nadmierne stosowanie zabiegów operacyjnych, a zwłaszcza kleszczy jest wynikiem angielskiego zwyczaju, według którego przeważna część porodów odbywa się bez udziału położnych, a tylko w obecności i pod nadzorem lekarza. Autor sądzi więc że proponowana przez niego łączność lekarza z położną mogłaby poprawić te stosunki, gdyż prowadzenie porodu objęłaby wspomniana siostra porodowa, która wzywałaby lekarza jedynie w rzeczywistych potrzebach, o ile wystąpiłoby wskazanie do operacji.

Najlepszem jednak rozwiązaniem tej sprawy byłoby zdaniem autora przeniesienie wszystkich porodów do klinik i odpowiednio urządzonych zakładów.

J. Hofbauer (Baltimore): *Nieopisany dotąd sposób odklejenia się łożyska prawidłowo usadowionego.*

Był to przypadek nieznacznego tylko odklejenia się łożyska usadowionego prawidłowo, które mimo to spowodowało bardzo znaczny krwotok. Przypadek ten dotyczył wieloródki, która pod koniec ciąży uczuła silne bóle, a badanie wykazało stały skurcz macicy i znaczną niedokrwistość. Rozpoznano krwotok wewnętrzny i wykonano nadpochwowe odcięcie macicy.

Badanie preparatu wykazało miejsce odklejenia się łożyska wielkości 20 mm, w pobliżu górnego bieguna, w macicy około 600 ccm krwi, a ściana macicy, zwłaszcza w miejscu odklejenia, silnie przepojona krwią. Uderzał niestosunek pomiędzy małą przestrzenią odklejenia się łożyska, a natężeniem krwawienia i ilością wylanej do macicy krwi. Jako przyczynę uważa autor toksyczne uszkodzenie naczyń włosowatych w tem miejscu, a na poparcie swych przypuszczeń przytacza doświadczenia na zwierzętach, w których zapomocą histaminy wywoływał padaczkowe zwężenia kapillarów.

M. R. Warden: *Wody płodowe jako możliwy czynnik w powstawaniu drgawek porodowych.*

Praca doświadczalna, oparta na przekonaniu, że wody płodowe mogą odgrywać ważną rolę w powstawaniu drgawek porodowych. Autor powtórzył na świnkach i królikach doświadczenie Williamsa i Bargena, którzy na królicach blizkich porodu wykonywali cięcie cesarskie, a wody płodowe w ilości 8 ccm wstrzykiwali do żyły młodej królicy. Jedynie 3 królice miały drgawki, które spowodowały ich zgon. Obdukcja wykazała u 2 zatory płucne, a jedynie u jednej nie znaleziono przyczyny śmierci. Autor przyjmuje jednak możliwość powstawania drgawek porodowych skutkiem nagłego wtargnięcia wód płodowych lub matczynego obiegu krwi. Za tą możliwością przemawiałyby spostrzeżenia, że drgawki występują niekiedy nagle u zupełnie zdrowych ciężarnych i często ustępują po odpłynięciu wód płodowych. Przeciw tej teorji przemawiałoby występowanie drgawek po porodzie

J. A. Siegel (Baltimore, Maryland): *Czynność wątroby w ciąży.*

Celem pracy było określenie znaczenia bromsulphaleiny jako wskaźnika czynności wątroby w ciąży i w zatruciach wywołanych ciążą. Stosowano technikę Rosenthala, który 1 ccm 5% roztworu na każde 55 funtów wagi ciała wstrzykiwał do żyły ramienia, a po upływie $1^1/_2$ godziny pobierano krew z drugiej ręki

Na podstawie tych doświadczeń uważać można próbę tę jako bezpieczną i wartościową, zwłaszcza w stanach przeddrgawkowych ustalając stopień zatrucia i pozwalając na odróżnienie innych schorzeń.

Próba ta pozwala na rozróżnienie wymiotów ciężarnych co do ich tła i przyczyny i może służyć jako cenna pomoc prognostyczna i lecznicza.

H. J. Stander — C. H. Peckham (Montreal, Que): *Cukrzyca i ciąża.*

Na podstawie systematycznych badań przemiany materji u 3 kobiet ciężarnych, które wykazywały wzmożone ilości cukru we krwi, doszli autorowie do przekonania, że w drugiej połowie ciąży może u chorych na cukrzycę wystąpić poprawa skutkiem działania hormonu trzustki płodu i skutkiem znaczniejszego zapotrzebowania węglowodanów przez płód. Zachowując odpowiednią dietę pod stałą kontrolą krwi i moczu, ewentualnie w razie potrzeby stosując leczenie insuliną, może kobieta cierpiąca na cukrzycę donosić i urodzić zdrowe dziecko. Sam bowiem poród nie wpływa zazwyczaj ujemnie na stan chorej i nie wywołuje pogorszenia. To samo odnosi się i do karmienia.

Wyłączyć należy jednak ciężkie przypadki. Na ogół bardziej niebezpieczna jest pierwsza połowa ciąży i to zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Skutkiem nadmiernej ilości węglowodanowych, któremi płód rozporządza, chore na cukrzycę rodzą zwyczajnie bardzo duże dzieci.

J. Rosen — Fr. Krasnow (New York, N. Y.): *Porównawcze badania cholesteryny we krwi kobiet.*

W związku z poprzedniemi badaniami kobiet syfilitycznych, badali autorowie ilości cholesteryny we krwi ciężarnych, które wykazywały różne powikłania i schorzenia j. np. zatrucia, zwiększone ciśnienie krwi, syfilis i t. p.

Badania kobiet zdrowych wykazały, że kobiety mają we krwi większe ilości cholesteryny aniżeli mężczyźni (140 — 180 mg na 100 ccm krwi), kobiety ciężarne więcej niż nieciężarne. Ilości cholesteryny zwiększają się równomiernie z czasem trwania ciąży i stoją w związku z powikłaniami ciążowemi. W 60% przypadków ilości cholesteryny wynosiły ponad 180 mg w 100 ccm krwi. Ciężarne zarażone syfilisem nie wykazywały ani charakterystycznych krzywych, ani też wyraźnych różnic w stosunku do ciężarnych zdrowych.

Al. Loeser (Berlin): *Leczenie chronicznego wewióra kobiet zapomocą jednorazowego podskórnego wstrzyknięcia żywych gonokoków.*

Do leczenia używa autor możliwie świeżej hodowli zarazków, które wstrzykuje pod skórę ramienia w ilości 2 — 4 miljonów. W miejscu wstrzyknięcia występuje zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność, często zjawia się podwyższona ciepłota. Sąsiednie gruczoły limfatyczne nie obrzmiewają. Autor leczył w ten sposób 300 chorych i nie miał żadnych poważniejszych powikłań. Do leczenia nadają się najlepiej przewlekłe przypadki, w których leczenie miejscowe ukończono już zupełnie. Ze 118 przypadków, opornych na inne sposoby leczenia, wyleczył autor 68 zapomocą jednorazowego inne zaś zapomocą dwu- lub trzykrotnego wstrzyknięcia.

R. N. Pierson (New York, City): *Włókniako-mieśniaki i ciąża.*

Zbadawszy 30.836 chorych, stwierdził autor włókniako-mięśniaki jedynie u 250 kobiet, z których tylko 191 było równocześnie w ciąży. Odpowiada to 0.6%. Obserwując te chore przekonał się, że poronienie lub przedwczesny poród wystąpiły jedynie 24.1%

przypadków. W przebiegu porodu zwykle występowały liczne powikłania i z tego powodu wykonano w 21.4% zabiegi operacyjne.

Ogółem śmiertelność kobiet w związku z włókniako-mięśniakami, wynosiła 3.2% z czego na przypadki położnicze wypadło 2.08%.

Śmiertelność dzieci wynosiła 35.6% z czego 20.70% miało jako przyczynę wspomniane guzy.

Najczęściej działo się to pod postacią przedwczesnego porodu, w okresie, gdy płód nie był jeszcze zdolny do życia pozamacicznego.

Zdaniem autora w piśmiennictwie nie docenia się niebezpieczeństwa, które kryje w sobie ciąża powikłana mięśniakami i to zarówno dla matki jak i dla dziecka. Włókniako - mięśniaki nie dają jednak wskazania do przerwania ciąży, chyba, że wystąpią silne bóle, krwawienia lub objawy ucisku. Najczęściej guzy te nie stanowią przeszkody porodowej i dlatego należy próbować samoistnego porodu. O ile zaś to okaże się niemożliwe, należy wykonać cięcie cesarskie wraz z następowem wycięciem macicy. Po porodzie mogą wystąpić bardzo groźne krwotoki, a w połogu nieraz guzy te ulegają zwyrodnieniu lub martwicy. Mogą również przebić do jamy macicy i uledz zakażeniu. W tych przypadkach należy bezwzględnie postępować chirurgicznie, chyba, że przyszło równocześnie do zakażenia macicy, co jedynie usprawiedliwia stanowisko wyczekujące.

K. Bement Davis (New York, N. Y.): *Okresowość podniety płciowej. (Cz. II.: Kobiety zamężne).*

Na podstawie 1000 odpowiedzi kobiet zamężnych dochodzi autorka do przekonania że małżeństwo i związane z niem późniejsze przeżycia płciowe zawierają dokładność obrazu pamięciowego przeżyć płciowych w okresie przedmałżeńskim.

Jedynie u 126 kobiet popęd płciowy występował okresowo i to 69 kobiet odczuwało ten wzmożony popęd płciowy raz na miesiąc, 22 zaś dwa razy miesięcznie. 45 kobiet miało nieregularny popęd płciowy, który występował niezależnie od czasu i czynności okresowych. U 19 kobiet popęd ten był tak silny iż opanowanie go było niemożliwe i kobiety te szukały zaspokojenia płciowego; 43 kobiet potrafiło opanować ten rozbudzony popęd płciowy.

Daremne były usiłowania, aby wykazać wzajemną zależność występywania wzmożonego popędu płciowego z okresem przed — i po — miesiączkowym; nie udało się również ująć w ścisłe prawidła zależności tego popędu od częstości stosunków płciowych. Z wykresów i zestawień statystycznych wynikałoby jednak, że u kobiet niezamężnych, jakoteż i zamężnych najsilniejszy popęd płciowy występuje w okresie miesiączki i bezpośrednio po niej. Z cyfr przytoczonych wynikałoby również, że najsilniejszy popęd płciowy u wszystkich kobiet występuje w okresie najmniejszej płodności.

Co do odczuwania popędu płciowego w dzieciństwie, to 48% kobiet odczuwało go już wtedy mniej lub więcej okresowo.

Z 1000 kobiet: zamężnych szczęśliwie było 88.2%, zaś 86.2% czuło się stale szczęśliwemi. Jedynie 2% kobiet nie uważało się za szczęśliwe.

Zestawienie powyższe opracowano na podstawie odpowiedzi 2000 inteligentnych i wykształcowych kobiet.

A. J. Fleischer (New York): *Ujemne strony zbyt długiego leżenia położnic.*

Długość leżenia w połogu zależy od przebytego porodu i ogólnego stanu położnicy. Na ogół spostrzeżenia autora zgadzają się ze spostrzeżeniami White'a, Küstnera i Alwenslebena.

Zdaniem autora wczesne wstawanie zdrowych położnic ułatwia niezmiernie zwijanie się macicy i przywraca pierwotne napięcie mięśni, stanowiących podstawę miednicy, co może mieć doniosłe znaczenie w życiu późniejszem. Opiera on się tu na zasadach ortopedji, która powiada, że mięśnie i ich powięzie po krótkim wypoczynku i wcześniej zmuszone do wysiłku, łatwiej odzyskują prawidłowy swój tonus, aniżeli skazane na długą bezczynność.

Wczesne wstawanie ma również zapobiegać tworzeniu się zakrzepów, gdyż dodatnie wpływy wczesnego ruchu nie ograniczają się tylko do systemu mięśniowego, lecz sięgają również do systemu krążenia i gruczołów dokrewnych.

Wszystkie powyższe spostrzeżenia odnoszą się oczywiście wyłącznie do zdrowych położnic, które przebyły prawidłowy poród bez powikłań.

U. Maes (New Orleans, La): *Różniczkowe rozpoznanie prawostronnego bólu brzucha.*

Dla ustalenia rozpoznania w przypadkach wątpliwych może mieć znaczenie wiek, płeć, początek choroby, wyraz twarzy, właściwości tętna, ciepłota, ilość i jakość oddechów, obraz krwi, badanie moczu i dokładne wywiady. W stadjum ostrem, gdy cały obraz chrobowy przemawia za poważnem schorzeniem, należy operować. Nigdy jednak nie wolno podawać środków czyszczących, natomiast dobrze jest polecić spokój bezwzględny, a opiata podawać dopiero po ustaleniu rozpoznania. O ile rozpoznania ustalić nie można w ciężkich przypadkach istnieje wskazanie do próbnej laparatomji.

M. O. Magid (New York N. Y.): *Tracheloplasty versus trachelo plasternig.*

Autor podaje modyfikację tracheloplastyki Sturmdorffa. W zabiegu tym najważniejszą rzeczą jest wyłuszczenie całej błony śluzowej szyji, od ujścia wewnętrznego do zewnętrznego. Zestawienie wyników tej operacji z wynikami po kauteryzacji daje wyleczenia 70% — 51%, poprawy 22.8% — 32.7%, zawodów 7.2% — 16.3%. Zabieg operacyjny więc daje lepsze wyniki.

W. T. Dannrenter (New York N. Y.): *Uterus duplex unicollis.*

Kobieta lat 44, rodziła prawidłowo 5 razy, roniła 4 razy, bez powikłań. Zgłosiła się do lekarza z powodu objawów włókniaka. Badanie wykazało włókniaka w lewej połowie macicy, którą w całości wycięto.

N. L. Thompson — J. W. Bell (Everett Wash.): *Opis przypadku anomalji narządu płciowego u płodu.*

O. A. Gordon (Brooklyn N. Y.): *Mięsak przegrody pochwowo - odbytnicowej.*

Chora lat 50, od 6 lat nie miesiączkująca zgłosiła się do lekarza z powodu krwawień z pochwy i ucisku dołem brzucha. Chora ta przebyła przed 18 miesiącami operację, wycięto jej prawą nerkę wraz z guzem, który drobnowidowo wykazywał komórki nabłonkowe i nie wykluczał nowotworu złośliwego. Badanie ginekologiczne wykazało na tylnej ścianie pochwy 4 ccm od anus, szerokie na 2 ccm, twarde guzowate owrzodzenie, silnie krwawiące. Błona śluzowa odbytnicy nie wykazywała zmian. Na przedniej ścianie pochwy w miejscu zetknięcia się jej z owrzodzeniem mały przerzut. Guzy wycięto, a badanie histologiczne wykazało mięsaka. Po 2 tygodniach liczne guzki na tylnej ścianie pochwy. Zastosowano leczenie energją promieniotwórczą Roentgena i radu, chora jednak po miesiącu zmarła.

Ph. J. Reel (Columbus, Ohio): *Włókniako - mięśniak na szyi.*

Opis przypadku, w którym włókniako - mięśniak wychodzący z tylnej ściany szyi był tak znacznej wielkości, że naśladował donoszoną ciążę u 25-letniej dziewczyny. Macica długości 1,5 cm, długość szyi 20 cm, waga guza 7 kg.

Wiślański (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Gruźlica.

Hanns Maendl: *Die Kollapstherapie der Lungentuberkulose mit besonderer Berüksichtigung des künstlichen Pneumothorax.* Wien 1927. (Leczenie gruźlicy płuc zapomocą zapadnięcia się płuca ze szczególnem uwzględnieniem odmy sztucznej przez Hannsa Maendla, lekarza naczelnego Sanatorjum Grimmenstein).

Od monografji oczekujemy wyjaśnienia szeregu wątpliwości związanych z danem zagadnieniem; monografja omawiana nie wyjaśniła nam wielu pytań, wielu zagadnień. Pomimo braków o których będzie mowa niżej, książka zasługuje na uważne przeczytanie; pisana bowiem jest przez człowieka, posiadającego niezwykłą erudycję i dobrze znającego przedmiot, o którym pisze.

Monografja Maendla jest poświęcona prawie wyłącznie odmie sztucznej, gdyż z 206 stronic książki — innym metodom leczenia zapomocą ucisku płuca t. j. — frenikotomji i torakoplastyce autor udzielił zaledwie stronic dwadzieścia.

Praca opiera się na dwunastoletniej działalności autora, podczas której leczył odmą sztuczną 620 chorych. We wstępie autor podkreśla, że nie miał nigdy powikłania ani w postaci zatoru gazowego, ani wogóle poważniejszego powikłania, a działo się tak wyłącznie dlatego, że używał zawsze metody nakłócia na tępo (zapomocą kaniuli Salomona) i że zwracał pilną uwagę na wahania manometryczne. Książka podzielona jest na 14 rozdziałów.

Rozdział pierwszy — zawiera dane historyczne o metodzie Forlaninnego, o jej losach w krajach Europy i Ameryki.

W rozdziale drugim — jest mowa o wskazaniach do stosowania odmy w celu rozpoznania i leczenia w cierpieniach niegruźliczych (rozstrzeniach oskrzeli, zgorzeli i ropniu płuca, w odmie samoistnej, uszkodzeniach urazowych płuca, zapaleniu płuc, ciężkich krwotokach); o wskazaniach w gruźlicy płuc, o wskazaniach bezwzględnych, wskazaniach natury społecznej; o stosowaniu przy wysiękach płuc; dalej jest mowa o przeciwskazaniach, któremi są charłactwo, sprawy posunięte obustronne, sprawa czynna w płucu „lepszem", wiek ponad lat 50, ciężkie wady serca, posunięta gruźlica jelit, obustronna gruźlica nerek, rozedma płuc, zrosty po stronie lepszej, niedostateczna inteligencja chorego.

Rozdział trzeci — omawia technikę odmy sztucznej; mówi jeszcze raz o zaletach metody tępego nakłucia. Wartość kaniuli Salomona nie jest jednak zbyt przekonywująca, jeżeli autor wspomina, że Neumann widział u swych uczni cztery przypadki zatoru gazowego przy stosowaniu tej samej kaniuli; operowano tu zdaniem autora „vi non arte". Manometr wodny autor uważa za najlepszy; omawia sprawę wyboru miejsca nakłócia; sposoby dezynfekcji skóry; sposoby znieczulania (autor używa 10% novokainy) omawia kwestję, kiedy należy ucisnąć płuco a kiedy tylko rozluźnić tkankę płucną; omawia szczegółowo sprawę reinsuflacji, sprawę odczytywania wahań manometrycznych; dalej omawia sprawę błędów, których można i należy unikać. Choremu nie należy mówić nigdy, że założenie odmy jest koniecznością, bez której nie będzie zdrów; odma powinna być założona w klinice lub sanatorjum; przez pierwsze miesiące leczenia powinien chory przebywać w klinice (sanatorjum); leczenie należy prowadzić przez tegoż samego lekarza. Zmiana lekarza często prowadzi do smutnych następstw w postaci powikłań. Nie należy dopełniać zbyt często; należy unikać zbyt wysokiego ucisku, należy unikać zbyt wielkich przerw pomiędzy reinsuflacjami, jako też zbyt małej ilości gazu.

Do błędów należy — fałszywe odczytywanie wahań manometrycznych; insuflacja do jamy lub tkanki płucnej; insuflacja do jamy brzusznej; wytworzenie się przetoki klatki piersiowej lub przetoki płucnej.

Rozdział czwarty — o powikłaniach i nieszczęśliwych przypadkach. Mowa jest o krwotokach płucnych pooperacyjnych. Sprawa najgroźniejszego powikłania — sprawa zatoru gazowego nie jest wszechstronnie omówiona. Powtarza za Brauerem i Spenglem, że przyczyną zatoru jest niedostateczne posługiwanie się Roentgenem, niedostateczna kontrola manometru oraz używanie igieł bez zatyczki; od siebie dodaje, że igły ostre powodują zatory, że więc tych można uniknąć.

Autor nie zgłębił sprawy odróżnienia odruchów opłucnowych, od zatorów, mówi, że nie widział ani jednego przyp. odruchu opłucnowego, że dawniej uważał wszystkie przyp. podobne za zatory, lecz od czasu gdy Bauer dowiódł doświadczalnie możliwości powstawania odruchu — wierzy i on w istnienie odruchu. Pobieżnie omówiona jest sprawa powstawania zatoru, mówi tylko że możliwy jest zator serca prawego, jak i lewego. W rozdziale tym jest mowa o powstawaniu różnego rodzaju rozedmy, o przesunięciu śródpiersia, o powikłaniach ze strony narządów krążenia, narządów trawienia. Dużo miejsca poświęca omawianiu wysięków, powstających w przebiegu leczenia odmą; omawia sprawę statystyki wysięków, przyczyny powstawania, sposoby rozpoznawcze: leczenie wysięków; niema atoli mowy o klasyfikacji wysięków; dalej jest mowa o przedziurawieniu płuca i o rzadkich powikłaniach, jak przerwanie śródpiersia, skurcz przepony, porażenie m. serratus, podrażnienie n. błędnego, o półpaścu, o złamaniu igieł, o krwawych wypróżnieniach, o neuralgjach ner. trójdzielnego, o odczynie autotuberkulinowym, o zapaleniu osierdzia.

W rozdziałach następnych mówi autor o zachowaniu się płuca drugiego, o niedodmie, przekrwieniu, rozedmie, o sprawach swoistych, o zapaleniu płuca; o odmie naturalnej; dalej jest mowa o znaczeniu promieni Roentgena dla djagnostyki zmian w płucu; mówi o ocenie wartości rokowniczej oraz o leczeniu zrostów opłucnowych, o metodzie Jakobaeus'a, zmodyfikowanej przez autora i Kornitzera; dalej jest mowa o szerszych wskazaniach do stosowania odmy, o rozluźnieniu tkanki płucnej w obu płucach zapomocą odmy jednostronnej; dalej jest mowa o odmie obustronnej — o leczeniu początków jednego płuca, następnie po pewnem czasie płuca drugiego; dalej — o leczeniu jednoczesnem obu płuc.

Rozdział dziewiąty poświęcony jest odmie u dzieci; dziesiąty freniktomji; jedenasty — torakoplastyce. W rozdziale dwunastym mowa jest o leczeniu ogólnem chorego, „gdyż chory któremu stosuje się odmę wymaga jeszcze większej opieki, niż inny chory na gruźlicę płuc".

W rozdziale trzynastym jest mowa o tem, jak długo trwać powinno leczenie i kiedy należy je zakończyć. Rozdział czternasty omawia wyniki leczenia — chwilowe i stałe; o wpływie leczenia na kaszel, ilość plwociny, bóle, duszność, ciepłotę, objawy toksyczne, wagę ciała. W rozdziale tym jest mowa o odczynie Biernackiego (bez wspomnienia nazwiska Biernackiego); przyczem autor dochodzi do wniosków następujących: OB jest cenną metodą objektywną przy ocenie naszego postępowania leczniczego; OB — mówi o stanie chorego w chwili obecnej; OB nie jest metodą swoistą; przy odmie całkowitej lub dobrze uciśniętem płucu, mamy stałe znaczne zmniejszenie się szybkości opadania; przyśpieszenie OB jest objawem rokowniczym złym. Powstające przyśpieszone opadanie po uprzedniem zwolnieniu — mówi o powikłaniach, o wysiękach, o powikłaniach w płucu drugiem, o gruźlicy jelit.

Na uwagę w tymże rozdziale zasługuje ankieta autora rozesłana w latach 1919 i 1920 do 180 sanatorjów austrjackich, niemieckich, czeskich i szwajcarskich. Ankieta zawiera dziewięć pytań: ilość leczonych, jak stosuje metodę, jak często widziano powikłania, jakie, jak się zakończyły, jak często powstawały wysięki, ilu zmarło po 1 — 2 — 3 — 4 i 5 latach, ilu żyje, ilu jest wyleczonych, ilu zdolnych do pracy, na jaką postać gruźlicy cierpiał chory, czy włóknistą czy wysiękową. Aż osiemnastu kierowników sanatorjów odpowiedziało, że nie stosowali wogóle odmy. Odpowiedziało wogóle 29 lekarzy o 1264 chorych; 26 używało metody nakłucia: u 25% chorych widziano wysięki; na 15000 reinsuflacji 15 razy widziano zator gazowy (0,1%), nigdy z zejściem śmiertelnem. (Uważam to za czysty przypadek; referent też nie miał w ciągu paru lat — aż do pierwszego przypadku zatoru gazowego; zatoru zdaniem naszem ze względu na sposób ich powstawania oraz dane anatomiczne opłucnej i płuca chorego leczonego odmą — zupełnie uniknąć się nie da, pomimo najlepszej techniki — nawet przy stosowaniu tak zachwalanej przez autora igły tępej).

O materjale własnym mówi autor, że miał 6 przypadków (1%) przedziurawienia płuca swoją tępą igłą — z zejściem śmiertelnem. (Referent przy stosowaniu igły Küssa w ciągu dwunastu lat nie widział ani jednego ciężkiego przedziurawienia płuca).

W końcu książki na 18 stronicach podane jest piśmiennictwo (z częściowem uwzględnieniem polskiego), spis autorów oraz spis rzeczy.

Pomimo braków, do których zaliczam niedostateczne wyświetlenie sprawy zatorów, odruchu opłucnowego, brak szczegółowej klasyfikacji wysięków, przecenianie igły tępej — dodam jeszcze że napróżno szukalibyśmy w książce zdania autora o istocie odmy sztucznej, na czem polega jej działanie — monografja powinna znaleźć się na stole lekarza, stosującego odmę sztuczną; praca usiana jest drobnemi ważnemi szczegółami, (znaczenie perjodów dla powstawania szmerów dodatkowych w płucach, sposoby autora stosowania $CaCl_2$ przy leczeniu kaszlu i zmniejszaniu ilości plwocin i t. d. i t. d.).

Praca ilustrowana jest licznemi b. ciekawemi szkicami, schematami, roentgenogramami, wykresami.

Zewnętrzna strona książki bardzo dodatnia; język żywy: książkę czyta się od początku do końca.

Dr. Adam Szymon Tennenbaum (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 8 lutego 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 90.

Demonstracja: Kol. Keller przedstawia przyp. wady wrodzonej serca *(morbus coeruleus)* u noworodka płci żeńskiej wagi 3,800 g urodzonego w klinice ginekologicznej. Poród jakoteż i ciąże przebyła matka normalnie, tony serca płodu wysłuchiwane w czasie porodu nie wykazywały żadnych zmian. Zaraz jednak po urodzeniu zwracało uwagę ciemno sine zabarwienie powłok zewnętrznych jakoteż i dostrzegalnych błon śluzowych, które utrzymywało się aż do zejścia śmiertelnego w 3-cim dniu po urodzeniu. Na podstawie badania klinicznego przypuszczają *stenosis art. pulm.* Sekcja wykazała jednak zupełne zamknięcie ujścia tętnicy płucnej. 2-gi przyp. dotyczył kombinacji 2 rzadkich powikłań torbieli skórzastej jajnika. U chorej, która zgłosiła się do kliniki z powodu bólu w podbrzuszu lewem stwierdzono guz jajnika lewego z nieznaczną ilością wolnego płynu w jamie brzusznej. Laparatomja wykazała 2 torbiele skórzaste jajnika lewego, z których jedna zawierała partje zgrubiałe solidne prócz tego zaś otwór skąd wydobywała się treść charakterystyczna dla dermoidu. Otrzewna zaczerwieniona pokryta nalotami włóknika, w jamie otrzewnej mętny płyn. Guzy usunięte. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Badanie histologiczne wykazało w solidnych partjach guza utkanie raka płaskokomórkowego z perłami Waldeyera. Pęknięcie samoistne ściany guza tłumaczy się brakiem rozciągliwości zwyrodniałych nowotworowo partji przy powiększeniu się treści dermoidu.

Kol. Ściesiński, przedstawia preparat uzyskany na sekcji zwłok noworodka, o którym mówił Kol. Keller ze zboczeniem rozwoju serca a mianowicie: *atresia coni et ostii arteriosi dextr. Valvula tricuspidal rudimentharia. Hyperthrophia ventriculi cordis dextri. Ductus arteriosus apertus. Foramen ovale apertum.* Przypadek ten należy do małych ilości przypadków w których przegrodą

międzykomorowa wytworzyła się; zwykle bowiem mimo, że warunki dla wytworzenia przegrody są odpowiednie pozostaje defekt przegrody tuż poniżej zastawek aorty. Kol. S. omawia bliżej piśmiennictwo tego rodzaju przypadku i porusza sposób powstawania tego zboczenia rozwojowego. Przy sposobności przedstawia Kol. S. dalsze preparaty pochodzące ze zbioru Zakładu Anatomii Patologicznej dotyczące: 1) dziecka jednomiesięcznego — zarośnięcie tętnicy płucnej z defektem przegrody międzykomorowej części błoniastej i otwartym przewodem tętnicy, 2) dziecka 1½ rocznego — zarośnięcie ujścia tętnicy ze zwężeniem tętnicy płucnej, z defektem przegrody międzykomorowej i otwartym przewodem tętniczym, 3) znaczne zwężenie stożka tętniczego prawego z defektem przegrody międzykomorowej. (Autoreferat).

W dyskusji Prof. Kostanecki objaśnia 1 przyp. Kol. Kollera z punktu widzenia embrjologicznego. Prof. Latkowski objaśnia powstanie szmerów w tym przypadku. Dawne zapatrywanie, że szmer powstaje z powodu spotykania się 2-ch prądów krwi jest błędne. Tłumaczenie szmeru w tym przypadku jest inne; powstaje on mianowicie dzięki temu, że prąd krwi uderza na foramen ovale o błony lub o conus tętnicy płucnej, który też jest błoniasty.

Doc. Szymanowicz przedstawia rzadką wadę rozwojową u płodu 7-dmio miesięcznego. Przypadek ten pochodzi od kobiety lat 27 wieloródki 6-ty raz w ciąży będącej, poprzednie porody prawidłowe dzieci zdrowe. Wassermann ujemny. W rodzinie nie było zmian rozwojowych. Perjody prawidł. Termin porodu 27. III. Po 48-śmiu godzinach bólów porodowych, akuszerka pociągnęła za główkę płodu ukazującego się w szparze sromowej i urwała ją. W tym stanie jakoteż z temperaturą 38,6 tętnem 104 przywieziono rodzącą do kliniki ginekologicznej 20. I. Badanie zewnętrzne wykazuje obwód brzucha b. napiętego balonowato wysklepionego 98 cm, a części płodu niewyczuwalne, przypuszcza się 2 płody lub 1 potworek. Badanie wewnętrzne stwierdza w pochwie obie rączki małego 8-mio miesięcznego płodu, powyżej urwany kręgosłup szyi. W narkozie bezskutecznie pociągano za rączki dopiero gdy posunięto się ręką wyżej i przebito jakąś torbiel z której wypłynęło około 3-ch litrów surowiczego, przeźroczystego bursztynowo zabarwionego płynu, natychmiast urodził się płód patologicznie rozwinięty a poza nim wyszło łożysko. Stwierdzono, że drugiego płodu niema natomiast bliższe oględziny urodzonego płodu wyświetliły tajemnicę dużego obwodu brzucha rodzącej i przyczynę niestosunku porodowego. Torbiel, którą przebito palcami tworzyły powłoki brzuszne i ściana pęcherza moczowego, który zawierał znaczną ilość płynu. Dzięki P. Rektorowi Kostaneckiemu można było stwierdzić, że ma się do czynienia w tym przypadku z nadmiernem rozszerzeniem narządu moczowego szczególnie pęcherza, w którem to rozszerzeniu bierze udział także jelito grube a więc rozszerzenie pierwotnie założonej kloaki. Przyczyną powstawania takich zmian jest mechaniczny zastój moczu w pęcherzu przy funkcjonujących nerkach. Ponieważ w tym przypadku nerki są niedokształcone więc trudno przypuścić aby mogły produkować tak znaczną ilość moczu. Trzeba zatem przyjąć, że nabłonek tego worka wydziela. Dodać trzeba, że u przedstawionego potworka była niedrożna męska cewka moczowa i był brak otworu odbytowego. (Autoreferat).

W dyskusji zabiera głos: Prof. Kostanecki, który tłumaczy powyższy przypadek z punktu widzenia embrjologicznego.

Doc. Szymanowicz przedstawia 2-gi przypadek przerostu torbielowatego szyjki ciekawego z powodu nadmiernego przerostu folikulów i usadowienia się ich głęboko w mięśniu szyjki nie zdradzając swego istnienia na powierzchni, a drugie z powodu objawu klinicznego charakterystycznego dla tej sprawy (krwawienia).

Kol. Gawroński przedstawia przypadek *sarcoma variocellulare.*

Odczyt Dra Felixa o t. zw. Epituberkulozie (rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji zabierają głos: Prof. Latkowski oświadcza, że nazwę epituberkulozy należy usunąć, gdyż jest ona fałszywa i niewłaściwa dla nacieków surowiczych kollateralnych na tle gruźliczem. Ma ona wedle twórców tej nazwy oznaczać naciek niespecyficzny w organiźmie gruźliczym i ma się odróżniać od *pneumonia gelatinosa*, ponieważ ma być wywołana przez toksyny a nie przez bakterje. Engel proponuje dla tych nacieków nazwę paratuberkulozy.

Jak się nie mówi o sprawach powstałych na tle toksycznem przy czerwonce, tężcu lub cholerze jako o epidyzenterji, epitetanus lub epicholerze tak nie można opisanych spraw w gruźlicy odróżniać i oddzielać od gruźlicy jako epituberkulozę. Czy to jest proces wywołany przez same bakterje lub ich trucizny, to jednak tło zostaje to samo; jest tylko różna postać reakcji, którą nazywamy naciekiem surowiczym kollateralnym. Wiadomo zresztą już dawno, że gruźlica może wywołać różne postacie nacieku jak pneumonia caseosa, postać produktywną lub włóknistą. Również znane jest powstawanie tkanki tuberkuloidalnej na tle nie gruźliczem pod wpływem bakteryj i grzybków jak np.: pseudotuberkuloza, streptotrix, lepra, lues lub limfogranuloma. Epituberkulozą nazywali p. Eliasberg i Neuland duże nacieki gruźlicze surowicze zajmujące cały płat, które już dawniej były znane pod różną nazwą jak splenopneumonia Bourdeta, Proteinpneumonie Corneta, Pneum. massive Granchera, pneum. gelatinosa Laenneca, pneumonia desquamativa Buhla. I choć Eliasberg i Neuland chcą je oddzielić, to jednak to im się nie udało. Wszystkie te nazwy oznaczają jedną i tę samą sprawę t. j. dużą postać nacieku kollateralnego. Dawniej tylko trudno było te sprawy za życia rozpoznać, a dziś dzięki badaniem promieniami Roentgena i poznaniu przebiegu i zejścia klinicznego, można te sprawy odróżniać od innych nacieków gruźliczych, a przedewszystkiem od zwykłych postaci produktywych i włóknistych a nawet serowatych lub od zapalenia płuc chronicznego przechodzącego w stwardnienie, gdyż zwykle sprawa ta ulega wessaniu.

Nawiązując do opisanych przez prelegenta przypadków t. zw. epituberkulozy należy zauważyć, że jeżeli w jednym z tych przypadków znaleziono rentgenologicznie cień wielkości pomarańczy, to już ten obraz rentgenologiczny wyklucza możliwość nacieku kollateralnego, gdyż te nacieki zajmują duże obszary płuca, całe płaty lub połowę płuca a nawet całe prawie płuco. Takie przypadki demonstrowałem na jednem z poprzednich posiedzeń, jak u chorego Jakubika i Lichowskiego w którym to ostatnim przypadku naciek był podobny do nacieku opisanego przez Slukę. Przez to, że prelegent przyjmuje możliwość powstania epituberkulozy na tle ciała obcego, sprawa się gmatwa i zaciemnia, i tu prelegent różni się od p. Eliasberga. Prof. Latkowski zaś nie może się zgodzić na twierdzenie, że ciała obce mogą wywoływać nacieki kollateralne, bo zwykle wywołują one ropień, zgorzel i rozstrzenie oskrzelowe i są przyczyną nawet powstawania tkanki tuberkuloidalnej a nie wywołują nacieków kollateralnych chyba przy ropniu płuc. Bo nacieki kollateralne towarzyszą każdej sprawie ropnej np. w skórze lub absc. subphrenicus powstaje pleuritis na tle kollateralnem. Również w drugim przypadku, prelegenta zaciemnienie utrzymywało się kilka miesięcy, co nie jest charakterystyczne dla epituberkulozy a właśnie dla pneumonji chronicznej lub zwłóknienia płuca, przeto i ten przypadek nie był epituberkulozą. W trzecim z opisanych przypadków znajdował prelegent u chorego z tbc. fibr. densa pojedyncze plamkowe cienie w płucu czego nie można również uważać za objaw nacieku kollateralnego lecz za zwykłą gruźlicę. Prof. Tempka oświadcza, że podobnie jak przedstawiana przez niego swego czasu sprawa agranulocytozy wymagała rewizji tego pojęcia tak sprawa t. zw. epituberkulozy niepowinna być nadal używaną, gdyż jest nieodpowiednią.

Kol. Felix w odpowiedzi: 1) nacieki oboczne były rzeczywiście przez licznych autorów uprzednio opisywane. Nie są one jednak jedynem podłożem anatomicznem dla obrazu opisanej przez E. i N. epituberkulozy. W pracy swej starałem się natomiast wykazać (takie było jej zdanie), że ponadto gruźlica 2 i 3-cio rzędna, również i nacieki nieswoiste (grypa) przebiegać mogą pod postacią t. zw. epituberkulozy. 2) Przypadek z obecnością ciała obcego w oskrzelu nie zaliczam jak to Prof. Latkowski przyjmuje do nacieków kollateralnych lecz do przewłocznych zapaleń płucnych z opisanemi E. i N. cechami klinicznemi t. zw. epituberkulozy. Przypadek ten jest równocześnie przekonywującym dowodem przemawiającym zatem, że nieswoiste przewłoczne zapalenia płucne mogą mimo kilkumiesięcznego lub dłuższego ich trwania klinicznie i rentgenologicznie się cofać nie pozostawiając śladu po sobie. 3) Wychodząc z założenia, że t. zw. epituberkuloza jest pojęciem zbiorowem i niejednolitem uzupełniłem na podstawie kazuistyki obcych i własnych spostrzeżeń obraz kliniczny tego cierpienia. Zaznaczyłem też w referacie swym, że nacieki w tej sprawie chorobowej nie muszą zajmować całego płatu jak to podają E. i N. Podobnie jak inni autorowie miałem i ja możność spostrzegania właśnie takiego przypadku przebiegającego niewątpliwie pod postacią t. z. epituberkulozy ale mimo to naciek nie zajmował całego płatu (rentgenologicznie wielkość dużej pomarańczy). Do obrazu więc przemijających zagęszczeń płucnych należą duże nacieki zarówno przekraczające granice płatu jak i nie zajmujące całego płatu.

Uwaga Prof. Latkowskiego co do przypadku tbc. fibrosa densa polega chyba na nieporozumieniu. Wspomniałem bowiem, że u osobnika z tbc. fibresa densa (rentgen. nieliczne drobne cienie plamkowe w okolicy szczytowej i podszczytowej). Okoliczność tę przytoczyłem z tego powodu, że stanowiła jeden z dowodów gruźliczego tła nacieku.

W podanym przypadku przebiegającym pod postacią t. zw. epituberkulozy w którym mimo 6-ścio miesięcznego trwania sprawy chorobowej obraz kliniczny i rentgenologiczny w niczem nie uległ zmianie, mamy jak to zaznaczyłem z pewnością do czynienia ze zmianami swoistemi a nie jak Prof. Latkowski sądzi z nieswoistemi. Przytoczony bowiem in extenso obraz kliniczny nie nastręczał pod tym względem, wątpliwości. (Autoreferat).

Prof. Latkowski: nacieki kollateralne mogą powstać u osób gruźliczych z różnych powodów a mianowicie wskutek działania wpływów zewnętrznych jak silnej superinfekcji lub wstrzyknięcia tuberkuliny, dalej pod wpływem spraw infekcyjnych jak grypa dalej pod wpływem urazu lub też znów wpływów endogenicznych jak autotuberkulinizacji. Dla pojęcia nacieku kollateralnego jest potrzebny specjalny obraz rentgenologiczny i kliniczny. Co się zaś tyczy autorów, którzy oprócz Eliasberga opisywali przypadki t. zw. epituberkulozy, to należy podnieść, że przypadki te są opisane przez różnych autorów pod różnemi nazwami a nie pod nazwą epituberkulozy.

Częstochowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie w dniu 24 września 1927 r.

Przewodniczy prezes Kol. Rożkowski.

Na początku posiedzenia omawiano sprawę odsłonięcia tablicy pamiątkowej w 10-tą rocznicę zgonu Władysława Biegańskiego; uroczystość ma się odbyć w dniu 2 października.

1. Kol. Stefan Kon odczytał pracę: *„O sztucznem przerwaniu ciąży ze stanowiska lekarskiego i społecznego"*.

Ze względu na nadmiernie zwiększającą się liczbę poronień sztucznych oraz nieuzgodnioną dotąd opinję co do wskazań do tych poronień ze strony lekarzy i badaczy zagadnień społecznych, sprawa powyższa winna pobudzić społeczeństwo do intenzywnej w tej mierze wymiany myśli.

Jedną z głównych przyczyn wzrostu poronień sztucznych są warunki ekonomiczne, brak mieszkań w dobie powojennej. Idea karalności poronień ma swoje źródło w motywach ogólnopaństwowych. Od czasów chrześcijaństwa prawo to znalazło poparcie w ustawach kanonicznych. Interes i uczucia jednostki prawo podporządkowywa interesom społecznym. Wszystkie prawodawstwa z wyjątkiem Rosji Sowieckiej podkreślają karygodność przerwania ciąży. Lekarz w żadnym wypadku, podług prawa, nie może bezkarnie przerwać ciąży. Ze względów prawnych umotywować możemy sztuczne przerwanie ciąży, powoływając się na art. 493 kodeksu z r. 1903, w którym jest mowa o nieudzieleniu pomocy choremu.

Oprócz wskazań ściśle lekarskich należy uznać wskazania społeczne do przerwania ciąży a mianowicie: 1) w przypadkach zgwałcenia, 2) w przypadkach niekorzystnych warunków ekonomicznych i 3) ze względów eugenicznych (otępienie wczesne, idjotyzm, padaczka, alkoholizm). Tu wylicza prelegent kolejno 36 postaci chorobowych, które upoważniają do przerwania ciąży.

W zakończeniu rozważa warunki, pożądane dla bezpiecznego wykonania przerwania ciąży. Podług Kupferberga z liczby roniących w klinikach umiera 2 — 5%, po za kliniką — 10%, a 20 do 30% kobiet choruje lub traci zdolność płodzenia. Jest rzeczą jasną, że kobieta ma znacznie mniej danych zachorować i umrzeć, gdy poronienie wykonywa doświadczony lekarz w odpowiednich warunkach, w klinice lub zakładzie — natomiast bardzo ryzykuje, poddając się operacji tajemnie. Dlatego jednym ze środków walki ze skutkami poronień dla kobiety byłoby umożliwienie na drodze legalnej zwracania się do szpitali i klinik. O ile nie jesteśmy w stanie na drodze ustawodawczej przyczynić się do zmniejszenia liczby poronień, należy umożliwić kobietom dokonywanie tego zabiegu na drodze legalnej, przez co zmalałby znacznie odsetek chorób i śmierci, po poronieniach jak również zmalałby znacznie odsetek kobiet niepłodnych.

W dyskusji przemawiali koledzy: Tomaszewski, Tarkowski, Szaniawski, Goldman, Łokczewski, Wolberg, Szwedowski, Koniecpolski i prezes Rożkowski. Po za pewnemi zastrzeżeniami (ze strony Kolegów Tomaszewskiego i Łokczewskiego) poglądy prelegenta znalazły zupełne uznanie.

Posiedzenie w dniu 22 października 1927 r.

Przewodniczy Kol. Wasilewski.

Po odczytaniu protokółu poprzedniego posiedzenia przewodniczący zabiera głos w sprawie dyskusji nad odczytem Kol. St. Kona *„O sztucznem przerwaniu ciąży"*, przypominając, iż on przed kilku laty opracował temat *„Gruźlica a ciąża"* i był zdania, że w gruźlicy płuc jest wskazane zapobieganie ciąży, przerywanie zaś ciąży nie jest racjonalne: w daleko posuniętych przypadkach nie zapobiega ono zejściu śmiertelnemu, lżej zaś chore znoszą pomyślnie ciążę do końca. W odpowiedzi kol. St. Kon wyjaśnia, że wszystkie podane przezeń wskazania do przerwania ciąży mają wartość względną; lekarz w tych przypadkach, jak zawsze, winien stan chorej oceniać indywidualnie nie szablonowo.

Na wniosek Kol. Botawii wpisano do protokółu poniższy opis uroczystości odsłonięcia tablicy pamiątkowej w 10-tą rocznicę śmierci Władysława Biegańskiego.

Uroczystość odbyła się w dniu 2 października.

W imieniu Częstochowskiego Tow. lekarskiego przemawiali: Kol. Łokczewski, przypominając niezapomniane nigdy zasługi znakomitego lekarza i filozofa na polu naukowem lekarskiem i fizjolofícznem oraz równoczesną działalność Biegańskiego jako nauczyciela lekarzy prowincjonalnych i pracownika na niwie społecznej — i w imieniu młodszych lekarzy Kol. Parnowski, który w wymownych wyrazach zachęcał obecne pokolenie lekarskie do wcielenia w czyn nieśmiertelnych ideałów Biegańskiego, zawartych w Jego „Aforyzmach i myślach".

Po przemówieniach nastąpiło poświęcenie i odsłonięcie tablicy.

1. Kol. Okuszko pokazał chorego 27-letniego, który przed tygodniem zachorował przy objawach skurczu mięśni klatki piersiowej i skurczu mięśni twarzy po jednej stronie. Ponieważ chory ten przed laty 14 przechodził tężec, i był wtedy wyleczony surowicą, Kol. Okuszko uważa obecną chorobę jako nawrót tejże sprawy, i zalecił wstrzyknięcie 60 J. A. surowicy przeciwtężcowej, otrzymując wynik dodatni. Stan obecny chorego: osłabienie kończyny górnej prawej i hipalgezja połowicza.

W dyskusji: Kol. Frenkenberg podnosi pytanie, czy mamy w danym przypadku sprawę rdzeniową czy korową — a więc sprawę tężcową czy padaczkę Jackson'a? Skłonny jest raczej uważać sprawę jako postać Jackson'a.

2. Kol. Szaniawski pokazał dziecko $1\frac{1}{2}$ roczne, szóste u rodziców starszych — ojciec 60-letni, matka 45-letnia. Na podstawie objawów: oczy skośne, fałdy na twarzy, duży język, laryngitis stridulosa, wiotkie członki, odległość od wyrostka mieczykowatego do pępka większa niż od pępka do spojenia łonowego rozpoznaje mongołowatość (mongolismus), postać opisaną w r. 1866 w Anglji przez Lanydon - Down'a — i różnicuje te postać od obrzęku śluzakowego (myxoedema). Rokowanie co do zdrowia złe, 75% dzieci umiera wcześnie, u tych, co zostają przy życiu bywa niedorozwój umysłowy. Patogeneza nie jest wyjaśniona, często są to dzieci starszych rodziców, leczenie beznadziejne.

Kol. Koniecpolski proponuje stosować przetwory grasicy (thymus).

3. Kol. Petrykat omówił przypadek z własnej praktyki. Chorą z owrzodzeniem wargi sromowej skierowano do niego z przypuszczalnem rozpoznaniem stwardnienia kiłowego: istotnie owrzodzenie miało pewne cechy, uważane za swoiste; na wardze sromowej owrzodzenie wielkości ziarnka grochu barwy czerwonej o podstawie twardej — gruczołów powiększonych w pachwinach nie było, krętków nie znaleziono. Kol. Petrykat, zachowując dalej ogledność w postępowaniu, zalecił okłady z roczyny soli kuchennej... niebawem owrzodzenie zmiękło, i wyłonił się guzik-łojowiec. Mówca podkreśla, jak łatwo w podobnym przypadku popełnić błąd, i mylnie rozpoznać kiłę.

4. Kol. Frenkenberg wygłosił referat: *„O afazji"*, poświęcony teorji Pierre Marie'go (krytyka klasycznej teorji afazji).

Ośrodek mowy najogólniej pojęty mógł się wytworzyć w ciągu długich wieków tworzenia się mowy ludzkiej. Powstanie jednak ośrodków czytania i pisania jest w ten sposób zupełnie niezrozumiałe. Odkrycie ośrodka ruchowego mowy przez Broca, jest dziełem przypadku. Ani sam Broca, ani jego współcześni nie stwierdził ani razu odosobnionego uszkodzenia lub zniszczenia III-go zwoju czołowego.

Z 304 przypadków afazji ruchowej, ogłoszonych do r. 1906, jedynie w 19 stwierdzono pewne odosobnione uszkodzenie tego zwoju. Przypadki te są jednak niedokładnie zbadane, tak, że nawet obrońcy klasycznej teorji, jak Déjerine, nie uważają ich za miarodajne, w 175 przypadkach były liczne ogniska, w 57 — afazja bez uszkodzenia III-go zwoju czołowego, natomiast były zniszczone insula Reilii i okolica zwojów podstawowych, w 27 przypadkach — uszkodzenie III-go zwoju czołowego bez afazji. Brak dokładnych danych anatomicznych oraz sprzeczności obrazów klinicznych starano się zastąpić różnemi konstrukcjami geometrycznemi i teorjami. Nad całą nauką o afazji górował „dogmat III-go zwoju czołowego".

Pierre Marie uznaje jeden typ afazji — afazję Wernicke'go, spowodowaną uszkodzeniem lub zniszczeniem tylnej części I-go

zwoju skroniowego lewego oraz przyległej okolicy. Chory nie rozumie słyszanej mowy, przestawia słowa, nie umie czytać i pisać i t. d. Nie są to jednak odosobnione zaburzenia mowy, spowodowane utratą obrazów słuchowych mowy, lecz obok nich istnieje ogólne zaburzenie inteligencji, osłabienie uwagi i pamięci, zaburzenia apraktyczne i agnostyczne. Drugie kardynalne zaburzenie mowy jest to anarthria (afazja ruchowa podkorowa klasyków). Chory nie umie jedynie mówić, pomimo zachowanego aparatu mowy, rozumie wszystko, czyta, pisze, pamięta i t. d. Towarzyszy anarthrji prawie stale porażenie połowicze prawostronne. Jest ona spowodowana zniszczeniem okolicy zwojów podstawowych tak zw. zone lenticulaire, nie zaś III-go zwoju czołowego. Istotną cechą anarthrji jest zaburzenie artykulacji, niezborne działanie poszczególnych części aparatu mowy. Połączenie oba zaburzeń, afazji Wernicke'go oraz anarthrji, daje afazję Broc'a, w której oba te zaburzenia mogą być reprezentowane w najrozmaitszym stosunku. Nauka Pierre Marie wywołała b. ożywioną dyskusję i aczkolwiek została tylko częściowo uznana, położyła jednak kres dalszemu powstawaniu zawiłych konstrukcyj geometrycznych, które miały wytłumaczyć skomplikowany proces mowy ludzkiej, oraz przyczyniła się do dokładniejszego badania przypadków afazji i do pogłębienia całej zbyt schematycznej nauki o afazji (streszczenie własne).

Posiedzenie w dniu 26 listopada 1927 r.

Przewodniczy prezes Kol. Rożkowski.

Prezes Kol. Rożkowski wygłosił odczyt: *„Zagadnienia bólu w świetle badań współczesnych"* — praca ogłoszona w druku w „Polskiem Archiwum medycyny wewnętrznej". Odczytu wysłuchano z dużem zainteresowaniem.

Posiedzenie w dniu 17 grudnia 1927.

Przewodniczy prezes Kol. Rożkowski.

1. Kol. Botawia przedstawił chorą po trepanacji wyrostka sutkowego i operacji zatoki poprzecznej. Chora 39-letnia, zgłosiła się do szpitala 6-go dnia po zachorowaniu z objawami zajęcia opon mzgowych: ból głowy, majaczenie, niepokój, ciepłota 38,8°, lekka sztywność karku. Kernig; płyn mózgowo-rdzeniowy wydzielił się pod silnem ciśnieniem, Nonne-Apelt ujemny, 6 ciałek białych w polu widzenia. Z prawego ucha od 5 dni wydzielała się ropa, wyrostek sutkowy lekko bolesny na ucisk. Podjęta nazajutrz operacja-trepanacja wyrostka sutkowego — wykazała znaczne zniszczenie kości i ropień zewnątrzoponowy. Cały wyrostek sutkowy został usunięty, zatoka obnażona na dużej przestrzeni. Po operacji objawy mózgowe ustąpiły, stan ogólny chorej dobry, lecz ciepłota utrzymywała się około 38° C. 18-go dnia po operacji T° 41° C, nazajutrz rano 37° C, następnego dnia wieczorem 39° C, trzeciego dnia rano 36,2° C, wieczorem 40° C. Ponieważ wahania ciepłoty przemawiały za zakrzepem zatoki poprzecznej, kol. Botawia wykonał operację ponownie; operacja polegała na obnażeniu zatoki, przecięciu jej, podwiązaniu żyły jarzmowej wewnętrznej i jej przecięciu między dwiema podwiązkami oraz podwiązaniu żyły twarzowej. Z zatoki wypłynęła strumieniem krew. Po operacji T° w ciągu kilka dni utrzymywała się około 37° C, lecz później znów podniosła się do 40° C, co spowodowane było ropieniem w ranie na szyi. Zakrzep żył kończyny dolnej spowodował znów wzniesienie ciepłoty. Po 50 dniach ciepłota wreszcie opadła do normy. Pokaz chorej. Następnie Kol. Botawia rozważa pytanie jaki proces odbywał się u chorej w oponach mózgowych, i dochodzi do wniosku, że było to aseptyczne zapalenie opon (meningitis serosa aseptica); omawia różnicę między meningitis serosa a purulenta, zaznaczając etjologję tych spraw w związku z ropieniem w kości ucha (streszczenie własne).

2. Kol. Bram pokazał chorą, skierowaną do niego do naświetlań przez prof. Piltza z rozpoznaniem syringomyelji: dotąd wykonał pierwszą serję naświetlań części szyjowej rdzenia Roentgenem dawkami dość silnemi. Kol. Frenkenberg omawia objawy i przebieg choroby tejże chorej: przed 2 laty miała drętwienie palców później bóle w okolicy łopatki obecnie w kiści lewej: brak siły w palcach, zanik mięśni kłębu i kłębika, pes equinus, clonus stopy, Babiński dodatni, odruchy zachowane, pas analgetyczny poniżej łopatki; co do etjologji — uważa się jako przyczynę powodującą albo nieprawidłowość budowy kanału rdzeniowego, albo bujanie komórek glejowych.

3. Kol. Koniecpolski odczytał pracę: *„Czynniki konstytucjonalne w patologji układu krążenia"* — streszczenia nie nadesłano.

W dyskusji przemawiali Koledzy: Botawia, Szaniawski, Frenkenberg, Bram, Lipiński i Rożkowski. Zdaniem Kol. Botawii hypertonję spotyka się częściej u mężczyzn, niż u kobiet, czego nie stwierdza w swej praktyce prelegent. Kol. Szaniawski sądzi, że pojęcie konstytucji jest dotąd niedostatecznie określone. Kol. Frenkenberg wyraża wątpliwość, czy sam czynnik konstytucjonalny może spowodować cierpienie narządu krążenia. Kol. Bram zaznacza, że tak zw. serce kropelkowe spotyka często u gruźlików. Kol. Lipiński spostrzega przypadek serca kropelkowego po odmie (była duszność i stan ciężki). Prezes Rożkowski zaznacza że konstytucjonalizm jest jednym z najgłówniejszych prądów medycyny współczesnej; w ujęciu tematu przez prelegenta znajduje pewną jednostronność; nie można bowiem opierać nauki o konstytucji wyłącznie na typach krwi, na izo-aglutyninach; pojęcie o hipertonji pomimo licznych badań nie jest wyjaśnione.

4. Kol. Szaniawski w ogólnym zarysie wygłosił sprawozdanie ze Zjazdu pedjatrów polskich w Wilnie.

5. Kol. Szaniawski omówił z własnej praktyki 3 przypadki: 1) przypadek nadzwyczajnej mnogości glist u dziecka 5-letniego; dziecko wymiotowało i miało rozwolnienie, w wypróżnieniach b. dużo glist, objawów mózgowych nie było, odczyny Pirqueta i Wasermanna — ujemne; zastosowano santoninę i ol. chenopodii anthelminthicum; w ciągu 3—4 dni odchodziły duże masy glist; w kale jajeczka glist, we krwi eosynophilia — 13%; później, kiedy glisty przestały odchodzić — 2%. Prelegent wspomina jako o ciekawej postaci chorobowej, powodowanej glistami — o t. zw. Ascariden-pneumonie autorów niemieckich.

2) Omawia przypadek tężyczki u dziecka, w wywiadach nie można było wykryć podawanej zwykle etjologji; w leczeniu otrzymywano dobry wynik, stosując thyreoidynę z powodu braku przetworu przytarczyc.

3) Omówił znany wśród Kolegów przypadek nagłej choroby 8-dniowego dziecka jednego z miejscowych lekarzy. Dziecko wpadło nagle w stan ciężki: Sinica, bezdech, ciepłota 40° C; po kilku godzinach ciepłota spadła do normy, dziecko zostało uratowane. Prelegent podkreśla, że ustrój noworodka potrzebuje znacznej ilości wody do picia.

Sekretarz *K. Łokczewski.*

Sprawozdanie *) z III-ego Zjazdu Towarzystwa Okulistów Polskich w Poznaniu 27, 28, 29 kwietnia 1928 r.

I posiedzenie o godz. 9.30.

Przewodniczący honorowy Zjazdu: Prof. Kazimierz Noiszewski (Warszawa).

Przewodniczący I-go posiedzenia: I. Dr. Kozłowski (Sosnowiec), II. Prof. J. Szymański (Wilno).

Sekretarze: Dr. Ruszkowski (Warszawa), Doc. Dr. Abramowicz (Wilno).

Referaty:

Noiszewski (Warszawa). Referat programowy: *Zaćma starcza, jej pochodzenie, leczenie i powikłania po zabiegach operacyjnych.*

Przy omawianiu zaćmy starczej należy włączyć te zaćmy, których przyczyną nie jest wiek starczy n. p. zaćmy: naftalinową, cukromoczową, sporyszową, urazową i wiele innych, których powstawanie zależne jest od czynników swoistych.

Soczewka oka ludzkiego u osób zupełnie zdrowych traci stopniowo z wiekiem swą przezierność i sprężystość i w wieku podeszłym cała soczewka ulega stwardnieniu — phacosclerosis.

Czynnikiem prowadzącym do zaćmy starczej jest akomodacja. Starcze zmętnienia soczewki zaczynają się zawsze na równiku w postaci rys z nadrywań torebki przebiegających w kierunku południowym w miejscach przyczepów włókien zonulae Zinni. Jednocześnie oddziela się torebka od soczewki na przednim biegunie przednio-tylnej osi soczewki.

Zaćma starcza powstaje u osób starających się zastąpić utraconą sprężystość soczewki wzmożoną czynnością skurczu mięśnia akomodacyjnego.

Leczenie zaćmy starczej może być tylko ręczne. Trzy zasadnicze wymagania leczenia ręcznego zaćmy są: postępowanie bezgnilne, bezgnilność narzędzi, opatrunków i maska na twarzy operatora i jego pomocników; noli me tangere tęczówki w czasie operacji i zapobieganie tworzeniu się zaćmy wtórnej polegające na wydobywaniu soczewki w torebce, usuwaniu przedniej ściany

*) Wszystkie prace ukażą się w oryginale w „Pamiętniku Zjazdu.

torebki soczewkowej, dokładne wydalanie wszelkich resztek po wydobyciu zaćmy z pozostawieniem torebki.

Wycinanie tęczówki sprowadza cięższe lub lżejsze podrażnienie ciałka rzęskowego. Nawet cataracta nigra daje doskonałe wyniki leczona ręcznie bez wycinania tęczówki.

Leczenie elektrolizą wypadniętej tęczówki.

Radykalne sposoby wydobywania zaćmy w torebce: sposoby Wołkowa, Smitha i Barraquera. Modyfikacja sposobu Barraquera podana przez van Linta.

Majewski (Kraków): *Statystyka operacji zaćmy w klinice okulistycznej U. J. w okresie 12-letnim od 1916 do 1927 r.*

Statystyka obejmuje następujące rodzaje operacji katarakty: Extractio lobaris cum vel sine iridectomia, Extractio linearis cum vel sine iridectomia, — oraz uwzględnia podział na ekstrakcje z wypłukiwaniem resztek korowych i bez wypłukiwania (cum vel sine irrigatione). Wszystkich ekstrakcyj w okresie 12-letnim wykonano 2288, w tem 1804 płatowych, a 484 linearnych. Ekstrakcję płatową robiono prawie zawsze z irydektomją (1777), bez irydektomji rzadko (tylko 27 razy). Stale wyłuszcza się zaćma z torebki. In capsula clausa wyjmuje się soczewkę łyżką Pagenstechera tylko w ostatecznym razie. Wypłukiwanie resztek kory undiną Wicherkiewicza stosuje się bardzo często i z roku na rok coraz częściej.

Z ciężkich powikłań haemorrhagia expulsiva wydarzyła się 5 razy (0,25%), infekcja pooperacyjna 17 razy (0,74%). Wyniki optyczne doraźne (około 10-go dnia po operacji) zapisane są u wszystkich operowanych za wyjątkiem małych dzieci. Ale wyniki te są, jak wiadomo, niemiarodajne. O wiele ważniejsze wyniki definitywne dały się stwierdzić tylko w 590 przypadkach, gdyż tylko tak mała część operowanych zgłosiła się do kliniki powtórnie, po upływie dłuższego czasu. Z pośród tych chorych u 117-stu wykonano dyscyzję zaćmy wtórorzędnej (20%). Visus: 6/8—6/6 uzyskano w 16,27% przypadków. Visus: 6/18—6/12 w 48,65%. Visus: 6/36—6/24 w 17, 11%. Visus: 6/60 w 8.14%. Poczucie światła w 2,9%. Amauroza w 1,52%. Znaczna część niepomyślnych wyników odnosi się do przypadków zaćm powikłanych, gdzie z góry się przewidywało, że efektu optycznego nie będzie.

Orłowska (Poznań): *O przygotowawczych zabiegach przed operacją zaćmy oraz o wynikach operacyj dokonanych na materjale Kliniki ocznej U. P.*

W Klinice ocznej U. P. przygotowanie chorego do operacji zaćmy polega głównie na bakterjologicznem badaniu treści woreczka spojówkowego. Materjał pobiera się razem z nabłonkiem zeskrobując specjalnie w tym celu skonstruowaną igłą. Stosując się do metody topograficznej Lindnera, szczepi się materjał rozkładając go na tyle pól nakreślonych na płytce Petriego z ilu miejsc go się wzięło. Używano pożywek płynnych i stałych. Głównie buljonu z surowicą, ascites i cukrem. szczepiono na agarze zwykłym, agarze z krwią i pożywkach Loefflera. Ogółem badano 172 razy. W 8% znaleziono strepto-pneumokokki. Przy stwierdzeniu ich obecności w preparacie odkażano woreczek spojówkowy płucząc jeden do dwóch razy dziennie rozczynem fizjologicznym soli kuchennej, rozczynem Hg. oxycyanati 1:5.000 i 1:10.000, wkraplano Prorgol, Protargol. Argokol i t. p. Tuszowano 1% rozczynem Arg. nitr. spojówki powiek, stosowano również zastrzyki autowakcyny. Gdy ponowne badanie po 10 do 14 dniach nie wykazało streptopneumokokków, przystępowano do operacji. Materjał operowany tyczy 170 zaćm, z tego 21 zaćm przyrodzonych nie badano bakterjologicznie. Operowano metodą ogólnie przyjętą, zależnie od warunków bądź z irydektomją, bądź bez niej, bądź też z obwodową. Zakażenie pooperacyjne zdarzyło się w 4 przypadkach (2,3%).

W jednym przypadku było odwinięcie rogówki po operacji. W drugim 10 dni po operacji zakażenie prątkami Kocha i Weeksa, w trzecim wykryto streptokokki dopiero po operacji. Badania przygotowawcze dały wynik ujemny. W czwartym przypadku wyniki były niepewne, operowano nie przekonawszy się o charakterze znalezionych dwoinek.

Wojno (Warszawa): *Wyniki operowania zaćmy starczej z użyciem szczypczyków torebkowych.*

Wyniki operowania zaćmy starczej dotyczą 186 przypadków z ostatnich 3 lat. W 133 przypadkach torebka została usunięta całkowicie lub częściowo szczypczykami Kalta, w 53 przypadkach rozdarta została cystytomem. Mniejwięcej w połowie przypadków stosowała autorka czasowe porażenie okrężne oka metoda van Lindta. W 53% przypadków wykonała irydektomię obwodową, w 40% przypadków całkowitą, w 3% operowała bez irydektomji. Na 133 przypadków usunięta została

1) soczewka z torebką	42 razy	t. j. 32%
2) cała torebka	14 razy	t. j. 10%
3) duży płat torebki	43 razy	t. j. 42%
4) średni płat torebki	14 razy	t. j. 10%
5) mały płat torebki	20 razy	t. j. 16%.

Czysta źrenica pozostała w 81%, cienka błonka w źrenicy pozostała w 17,5%, gruba zaćma wtórna w 1,5%. W 53 przypadkach operowanych cystytomem czysta źrenica pozostała w 22%, cienka błonka pozostała w 68%, gruba zaćma wtórna w 10%. Odpowiednio do tych wyników przedstawia się też ostrość wzroku. Natomiast przy operowaniu szczypczykami Kalta zdarza się częściej upływ ciałka szklistego (w 7%), jednakże tylko w dwuch przypadkach upływ ten miał poważniejsze znaczenie, wywołując krwotoki do szklistki lub zapalenie tęczówki, jednakże z niezłem zejściem: Vis. $^1/_3$ i $^1/_8$.

W. H. Melanowski (Warszawa): *Operacja zaćmy w świetle własnych przypadków.*

Na podstawie przypadków operowanych na klinice ocznej Uniw. Warsz. osobiście w ciągu lat 7 przychodzi autor do wniosku, że przedewszystkiem wielkie znaczenie dla bezpieczeństwa oka operowanego ma dokonanie zabiegu z płatem lub nawet jeszcze lepiej — z mostkiem spojówkowem ku skroni według Salvy (1925). Operując z mostkiem, cięcie twardówkowe należy robić nieco większe, bo zajmujące około $^2/_5$ obwodu rogówki. Na podstawie porównania przypadków operowanych z rozcięciem torebki kolcem, oraz z zerwaniem torebki kleszczykami Kalta lub Forstera, przychodzi autor do wniosku, że zerwanie torebki kleszczykami, dość łatwe w przypadkach zaćmy niezupełnie dojrzałej lub przejrzałej daje możność łatwego usunięcia mas i chroni od powstania zaćmy powtórnej. O ile po zabiegach z kolcem torebkowym, autor uzyskał ostrość wzroku od 1 do $^1/_2$ — bez płata spojówki — w 20% przypadków a z płatem spojówki w 41% przypadków, i poniżej $^1/_{10}$ w 17%, — to w zabiegach po zerwaniu torebki kleszczykami dobre i przytem ostateczne wyniki uzyskał w 55% przypadków i niedostateczne (poniżej $^1/_{10}$) w 8% przypadków. Niezborność po operacji z płatem lub mostkiem spojówki jest niewielka, zwykle po miesiącu nie przekracza + 3. OD oś poziomo. W 15% przypadków po miesiącu chorzy mieli dobrą ostrość wzroku ze zwykłemi szkłami kulistemi.

W 2 przypadkach (na 47) zapomocą kleszczyków autorowi udało się kleszczykami Kalta wydobyć zaćmę w torebce. W zaćmie powikłanej, w 9 przypadkach zabieg z mostkiem dał dobre wyniki i z tego 4 przypadki dotyczyły zaćmy zwapniałej w oku z odwarstwioną siatkówką. Zapomocą kleszczyków (Foerstera) zaćmy usunięto i wynik kosmetyczny był dobry, a przebieg bez powikłań. W pozostałych przypadkach zaćmy powikłanej jaskrą wyniki również były dobre po dokonaniu operacji przeciwjaskrowej i uzupełnieniu jej następnie wydobyciem zaćmy.

Dyskusja:

Szymański (Wilno) uważa, że można obyć się bez irydektomji o ile założy się szew rogówkowy. Zapobiega to utracie szklistki, co zresztą nie jest zbyt niebezpiecznem powikłaniem. Operację według Barraquera uważa za zabieg nieużyteczny. Smith wykonuje swój zabieg obecnie naciskiem haczyka poza granicę ora serrata.

Bednarski (Lwów). Na klinice lwowskiej operuje się często ze szwem cuglowym oraz znieczuleniem pozagałkowem, zawsze z irydektomją. Zgrubiałą torebkę wyrywa się zawsze. Czekanie trzyminutowe ułatwia usunięcie resztek. Czasami usuwa się całą soczewkę; niekiedy do usunięcia soczewki używa się pętli bez narażenia oka na utratę szklistki.

Zamenhof (Warszawa). Każdy sposób operacji jest dobry, o ile operator go opanował. Przedewszystkiem należy przekonać się o jałowości woreczka spojówkowego, do czego konieczny jest posiew bakterjologiczny. Przed operacją należy mierzyć parcie krwi ogólne i odpowiedniemi środkami obniżyć hypertonję. Przed operacją spłukiwać należy woreczek spojówkowy. Pożyteczny jest szew cuglowy i akinezja oraz znieczulenie pozagałkowe, co obniża ciśnienie śródgałkowe. Polecić należy irydektomję obwodową oraz operowanie oka lewą ręką.

Kerszman (Białystok) nakłada szwy spojówkowe przed cięciem w przypadkach gdzie można oczekiwać wypadnięcia szklistki, co jest najpoważniejszem powikłaniem operacyjnem. Operować należy zawsze z irydektomją całkowitą lub obwodową.

Ruszkowski (Warszawa) jest zwolennikiem operacji zaćmy bez irydektomji przy stosowaniu atropiny przed operacją. Na 1500 przypadków usunięcia zaćmy bez irydektomji nie wystąpił w żadnym przypadku krwotok ekspulzywny. Dość znaczny odsetek infekcyj w klinice warszawskiej przypisać należy niekorzystnym warunkom lokalnym.

Eliasberg (Sieradz) stosuje epilację wszystkich rzęs przed zabiegiem, następnie maść 1‰ Hg. oxycyan. oraz jodynuje skórkę powiek i krawędzie. Woreczek spojówkowy przeczyszcza waci-

kami. Po operacji stosuje rzeczoną maść z atropiną. Oko zawiązuje swoim uniwersalnym opatrunkiem.

Abramowicz (Wilno). Pomiary ciśnienia ogólnego krwi nie wystarczają; należy częściej mierzyć ciśnienie krwi w przednich rzęskowych naczyniach sposobem Seidla; poleca operację dwoma lancami według Auberta. Zaleca gruntowne wyszkolenie siostry instrumentarki.

Schweig (Łódź) obmywa pole operacyjne 7% rozczynem wyskokowym taniny, zwraca uwagę na kiłę jako na możliwą przyczynę szybkiego powstawania zaćmy. Płyn woreczka spojówkowego usuwa wyjałowioną pipetką; poleca irydektomię oraz operację perpalpebralną Sachsa w przypadkach niemożności odkażenia woreczka spojówkowego. Zaleca operację z płatem spojówkowym. Do niedostatecznych wyników operacyjnych na prowincji przyczynia się między innemi brak wyszkolenia pielęgniarek.

Melanowski (Warszawa). Przed van Lint'em w roku 1923 prof. Szymański w klinice Lagrange'a demonstrował swój sposób operacji zaćmy w torebce z płatym odskroniowym.

Wojno (Warszawa). Prof. Szymański w roku 1923 wypowiedział się o zabiegu Smitha jako o trudnym i niebezpiecznym. Nowy sposób Smitha jst jeszcze więcej niebezpieczny. Na irydektomję przygotowawczą chorzy godzą się rzadko. Torebkę soczewkowatą uwięzgniętą w ranie można usunąć szczypczykami bez uciekania się do nakładania szwu spojówkowego.

Karnicki (—) podziela zdanie prof. Majewskiego że operacja zaćmy na obu oczach jednocześnie jest niedopuszczalna, obserwował przypadek, gdzie po operacji wykonanej przez lekarza równocześnie na obu oczach u dziecka wystąpiło obustronne zapalenie ropne.

Kępiński (Warszawa). Elektroliza wypadniętej tęczówki według prof. Noiszewskiego powodowała czasem zanik gałki ocznej. Przy zakażeniach poleca szczepionki Delbeta. Przed operacją należy badać krew na odczyn Wassermanna. Epilacja rzęs jest zabiegiem zbyt radykalnym.

Koszutski (Kalisz) wyjaławia narzędzia w 5% rozczynie formaliny z dodaniem 1% Natr. carb. cryst. przez 1/2 godziny. Przestrzega aby nie wycierać spojówki wacikami z sublimatem. Przy nieżycie spojówkowym nie należy wogóle operować, zresztą wystarcza przepłukanie spojówki przed operacją.

Żurkowski (—). Zdarza się, że mimo technicznie bez zarzutu wykonanej operacji z irydektomją po dwuch miesiącach zaczyna się podnoszenie dolnego brzegu źrenicy z powodu kurczenia się bliznowatej rany tęczówki. Atropina obniża dolny brzeg.

Kapuściński (Poznań). Mały odsetek zakażeń (0,7%) prof. Majewskiego należy uważać za bardzo korzystny wynik. Jeżeli w klinice poznańskiej mimo badań bakterjologicznych procent zakażeń był większy, trzeba to przypisać metodzie badań, którą stale należy doskonalić. Tylko tą drogą będzie można w przyszłości uniknąć w zupełności zakażeń. Demonstruje przyrząd własnego pomysłu do wchłaniania płynu i krwi z woreczka spojówkowego w czasie operacji.

Zion (—). Do usunięcia płynu z woreczka spojówkowego używa wyjałowiony zakraplacz, poleca obcinanie rzęs przed operacją.

Naróg (Lwów). Jako przyczynę zaćmy uważa awitaminozę ogólną, wyczerpanie rezerw tłuszczowych u kobiet karmiących, sklerozę soczewki z zanikiem przestrzeni limfatycznych i miejscową awitaminozę (przepuszczalność torebki soczewkowej dla soli organicznych). Operacja zaćmy przy łuszczce jagliczej daje dobre wyniki. Przy zakażeniach poleca Propidon. Równocześnie z operacją zaćmy można na drugiem oku wykonać irydektomję lub discysję. Na klinice lwowskiej był 1/2% zakażeń. Poleca operację z irydektomją i płatem spojówkowym oraz rozwórkę Olaha.

Musiał (Lwów) zapytuje zwolenników operacji bez irydektomji, czy przy dużej krótkowzroczności również tak samo postępują. Sam, mimo znacznej wprawy, niemiałby odwagi tak postępować.

Majewski (Kraków). Dyskusja wykazała, że nie tyle rodzaj operacji jak raczej biegłość i wprawa operatora zapewnia wynik pomyślny. Dlatego też nie zgadza się ze zdaniem, że należy operować lewą ręką; przeciwnie sądzi, że każda ręka powinna mieć powierzoną sobie zawsze tę samą rolę w wykonywaniu operacji i specjalizować się niejako w jednym tylko kierunku, gdyż w ten sposób osiągnie się wyższy stopień doskonałości technicznej.

W rozprawach jeszcze zabierali głos: Noiszewski, Krausz, Rupp, Goldberg, Jasiński i Kozłowski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Z Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. Wobec konieczności sporządzenia spisu członków Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, uprawnionych do głosowania przy wyborach do nowej Rady Izby w listopadzie 1928 r. Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej prosi tych członków, którzy w roku 1927 i 1928 zmienili miejsca zamieszkania, o zakomunikowanie dokładnych obecnych adresów Kancelarji Izby. (Królewska 6 m. 6).

Z Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej zawiadamia swoich członków, że składka członkowska za rok 1928 w sumie zł. 20 winna być wniesiona do dnia 1 sierpnia r. b. bezpośrednio do Kancelarji Izby (Plac Saski Nr. 1 m. 6), lub do P. K. O. na konto Nr. 6865.

Nowiny społeczno-lekarskie. Czasopismo „Nowiny Społeczno-Lekarskie", zgodnie z uchwałą Walnego Zebrania z dnia 29 kwietnia b. r., przeniesione zostało do Warszawy z dniem 1 lipca b. r. Wychodzić będą w powiększonym formacie i objętości dwa razy w miesiącu.

Nowiny Społeczno-Lekarskie" umieszczać będą prace oryginalne i artykuły dyskusyjne z następujących działów: 1) Sprawy zawodowe lekarskie. — 2) Medycyna społeczna, ze szczególnem uwzględnieniem chorób społecznych, higjeny pracy, opieki nad matką i dzieckiem. — 4) Ustawodawstwo i administracja sanitarna. — 4) Kasy Chorych. — 5) Wychowanie fizyczne. — 6) Działalność Sejmu i Senatu na polu zdrowotności publicznej.

Prócz tego zamieszczać będą „Nowiny Społeczno-Lekarskie" projekty ustaw sanitarnych i pokrewnych, by umożliwić szerokiemu ogółowi lekarskiemu czynną współpracę przy budowie naszej państwowości.

Artykuły z wyżej wymienionych dziedzin umieszczane będą w numerach „N. S.-L.", wydawanych pierwszego każdego miesiąca. Numer ten będzie wolną trybuną lekarską, gdyż jedynie wolność słowa w piśmie społeczno-zawodowem gwarantuje pogłębianie życia lekarskiego i torowanie mu nowych dróg, przez wspólny wysiłek wszystkich.

Natomiast numer „Nowin Sp.-L.", wychodzący 15 każdego miesiąca, zawierać będzie przedewszystkiem urzędowe publikacje Zarządu Głównego Zw. L. P. P., komunikaty władz organizacyjnych centralnych i lokalnych, sprawozdania i t. d.

W tych dniach zakończony został I-szy czteromiesięczny kurs dla kontrolerów sanitarnych prowadzony przez Inż. A. Szniolisa kierownika Oddziału Inżynierji Sanitarnej Państwowej Szkoły Higjeny.

Z pośród słuchaczy świadectwa egzaminacyjne otrzymało 33.

Z ogólnej liczby słuchaczy 31 było delegowanych przez Wydziały Powiatowe Sejmików lub Magistraty; otrzymali oni płatne urlopy lub stypendja na koszty pobytu na kursie; pozostali słuchacze odbyli kurs na koszt własny.

Na kursie najwięcej słuchaczy było z Małopolski —14; pozatem z Kongresówki — 11 (w tem 2-ch z Warszawy); z Poznańskiego — 4 i z Górnego Śląska — 1.

W trakcie kursu wpłynęły do Państwowej Szkoły Higjeny zapotrzebowania z województw. na kontrolerów przygotowanych przez Szkołę, wobec czego słuchacze, którzy nie mieli jeszcze przydziałów zostali przez Państwową Szkołę Higjeny poleceni na te stanowiska.

Lwów.

Spółka wydawnicza lekarska, której staraniem i nakładem wychodzi Polska Gazeta Lekarska, uchwaliła na swem Walnem Zebraniu, odbytem w dniu 24 czerwca 1928 r. we Lwowie wydzielić ze swych przychodów z roku 1927 kwotę 600 zł. na rzecz wdów i sierót po lekarzach prenumeratorach Polskiej Gazety Lekarskiej. Rozdziałem tych zapomóg zajmą się w swoim czasie Miejscowe Komitety Redakcyjne.

Uczczenie pamięci ś. p. prof. L. Popielskiego. W sali wykładowej Instytutu farmakologji dośw. (sala Leona Popielskiego) umieszczono tablicę pamiątkową ku czci ś. p. Dra L. Popielskiego. Tablica ufundowana została przez uczniów i przyjaciół Zmarłego w r. 1920 Profesora, a między innymi przez Koło b. Słuchaczy Akademji wojskowo-lekarskiej i Stowarzyszenie Asystentów U. J. K. we Lwowie.

Tablica wykonana została przez znaną artystkę rzeźbiarkę p. L. Drexlerównę. Koszta ogólne wyniosły 1115 zł. Szczegółowa lista ofiarodawców znajduje się w Instytucie farmakologji dośw. U. Jana Kazimierza.

A. Domaszewicz *W. Koskowski* *Z. Steusing*

Z kraju.

Wolne posady lekarskie. Zawiadamia się że w powiecie Rówieńskim jest do objęcia posada lekarza rejonowego w Tuczynie przy szpitalu na 30 łóżek z uposażeniem w/g VII st. sł. z 25°/₀ dodatkiem komunalnym. Warunki do objęcia stanowiska: 1) Obywatelstwo polskie, 2) przynajmniej 3-letnia praktyka szpitalna, 3) znajomość chirurgji i akuszerji. Reflektanci na powyższe stanowisko winni złożyć przy podaniu życiorys, tudzież odpisy dowodów wymaganych kwalifikacyj i poprzedniej pracy, tudzież na prawo praktyki lekarskiej. Podania wnosić na ręce Wydziału powiatowego w Równem.

Towarzystwo lekarskie w Złoczowie. W Złoczowie zawiązało się świeżo Towarzystwo Lekarskie. Zgłosiło się na razie do niego 20 lekarzy z powiatu złoczowskiego i zborowskiego. Celem Towarzystwa jest: a) Rozwinięcie odpowiedniej naukowej działalności. b) Szerzenie zasad higjeny i zdrowotności wśród społeczeństwa. c) Podniesienie socjalnego stanowiska lekarzy. d) Budzenie łączności koleżeńskiej. e) Obrona interesów stanu lekarzy. — Dnia 20 czerwca b. r. odbyło się I zebranie naukowe w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie. — 2) Odczyt Kolegi Dr. Linda o zakażeniu ustnem (oral sepsis) i środkach zaradczych (według pracy Dra Allerhanda). — 3) Dyskusja. — 4) Demonstracje przypadków przez dyrektora szpitala Kol. Dra Lecewicza. — 5) Wnioski i interpelacje.

Wolne posady lekarskie. Z powodu wyznaczenia przez Sejmik Mińsko - Mazowiecki w roku 1928/29 subsydjum 100 zł. miesięcznie dla 2-ch lekarzy medycyny, którzy osiedliliby się w jednej z osad tut. powiatu (os. Dobre, os. Kołbiel) uprzejmie proszę o powiadomienie o tem lekarzy, chcących praktykować w tych osadach. Zgłoszenia należy kierować do tut. Wydziału Oświatowego.

Ze świata.

Laureaci nagrody Nobla. W roku 1927 przyznano z funduszu Nobla z zakresu medycyny nagrodę profesorowi Juljuszowi Wagner - Jauregg.

Juljusz Wagner - Jauregg jest profesorem neurologji i psychjatrji uniw. wiedeńskiego, którą to katedrę otrzymał po śmierci znakomitego Krafft - Ebringa w r. 1901. Przez 30 lat, nie zważając na surową krytykę, walczy o ideę korzystnego wpływu stanów gorączkowych na choroby umysłowe, a w szczególności na porażenie postępujące. Walce z tą tak groźną chorobą Wagner - Jauregg poświęca poważną część swych prac naukowych W roku 1887 ogłasza pracę o leczniczem działaniu gorączki na choroby umysłowe. Początkowo chorym szczepi różę, zarzuca jednakże tę metodę a przechodzi do szczepionek gronkowcami, a nawet i do tuberkuliny. Zyskuje pewne rezultaty, jednakże nie zadawalnia się niemi. Uważa, że więcej korzystne wyniki powinna dać naturalna gorączkowa choroba, niż gorączka, wywołana sztucznie przez nieorganiczne białko lub zabite ciała bakterji w szczepionkach. Wprowadza więc leczenie porażenia postępującego zapomocą szczepień zimnicy. W r. 1917 szczepi dziewięciu paralitykom krew, wziętą od żołnierzy chorych na zimnicę - trzeciaczkę. Uzyskuje ustąpienie objawów chorobowych i znaczne polepszenie. Jego sposób leczenia wprowadzają w Europie i Ameryce i zewsząd donoszą o dużej liczbie wyleczeń. Sam Wagner - Jauregg w 1927 r. na zjeździe psychjatrów niemieckich w Wiedniu demonstruje trzech chorych, którym przed 10 laty zaszczepił zimnicę. Chorzy ci czują się zupełnie dobrze i spełniają swe normalne zajęcia. Wagner - Jauregg przełamał więc dotychczasowy dogmat o nieuleczalności porażenia postępującego i w tem jest główna jego zasługa. Ale na tem nie wyczerpują się zasługi tego uczonego dla ludzkości. Profesor podaje metodę zapobiegania chorobie kretynizmu i wola. Metoda ta polega na dodawaniu minimalnych ilości jodku potasu do soli kuchennej (4 miligramy na 1 kg soli kuchennej), używając w okolicach, nawiedzonych przez chorobę wola. Przez tę metodę przyczynia się walnie do zmniejszenia się tych chorób.

Profesor jest wreszcie wybitnym psychopatologiem sądowym. Za te wielkie zasługi otrzymuje też odznaczenie.

Komitet organizacyjny I Międzynarodowego Kongresu Otolaryngologów w Kopenhadze (30-go lipca — 1 sierpnia) zawiadamia, że dyrekcja kolei duńskich przyznała uczestnikom Kongresu zniżkę ceny biletu na kolejach duńskich wynoszącą połowę ceny biletu powrotnego pod warunkiem, że podróż w obie strony odbędzie się wyłącznie koleją i tą samą linją w obie strony. Uczestnicy Kongresu po zgłoszeniu się do Biura Kongresu będą mogli otrzymać zaświadczenie, stwierdzające ich udział w Kongresie, co im da prawo otrzymania biletu powrotnego do granicy duńskiej za pół ceny. Posiadacze biletów w obie strony otrzymają w biurze Kongresu połowę ceny biletu powrotnego na warunkach wyżej wymienionych. Oprócz tego Duńskie Ministerstwo Skarbu przyznało wszystkim uczestnikom Kongresu prawo wolnego przejazdu przez granicę. Uczestnicy Kongresu zwolnieni będą od rewizji celnej. Wreszcie Duńskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych zwolniło wszystkich uczestników Kongresu od opłaty za wizę na paszporcie. Biuro Kongresu zwraca się jednocześnie z zawiadomieniem, ażeby wobec ograniczonej liczby w hotelach Kopenhaskich, zechcieli zawczasu zgłaszać się do Biura Kongresu albo do Biura Podróży Benneta z oznaczeniem, jakie pomieszczenie życzą sobie mieć w Kopenhadze, zaznaczając że pokój w pierwszorzędnym hotelu wraz z ranną kawą kosztować będzie 15 koron duńskich, taki sam pokój w hotelu drugorzędnym i śniadaniem 12 koron, w małym hotelu 10 koron, w pensjonacie 8 koron, w mieszkaniu prywatnem 6 koron (kurs korony duńskiej 2 zł. 40 gr.).

Podczas Kongresu, w myśl przepisów ogólnych i wobec nawału zgłoszonych referatów, każdy mówca może wygłosić tylko jeden referat. Czas przeznaczony dla każdego referenta wynosi 10 minut. Czas trwania przemówień w dyskusji wynosi 5 minut, odpowiedź referenta 7 minut.

Opłata członkowska wynosi 30 koron dla lekarzy i 15 koron za każdego członka rodziny.

XXX-ty Kurs uzupełniający dla lekarzy, urządzony przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego odbędzie się we Wiedniu w czasie od 24 września do 6 października 1928 r. i będzie poświęcony zagadnieniom z zakresu postępu medycyny. W czasie od 8 do 13 października b. r. będą prowadzone ćwiczenia seminaryjne. w których mogą wziąć udział i uczestnicy wspomnianego kursu za poprzedniem zgłoszeniem się u sekretarza kursu.

Wydział lekarski Uniwersytetu wiedeńskiego przygotowuje XXXI kurs dokształcający z dziedziny chorób dziecięcych na czas od 26 listpada do 7 grudnia 1928 r.

Wszelkich bliższych wyjaśnień co do tych kursów udziela na żądanie Sekretarz kursów Dr. A. Kronfeld, Wien, IX, Porzellangasse. Nr. 22.

Redakcja otrzymała.

H. Higier: „Lekarz a lecznictwo (Hypochondria introgenetica)". Odb. z „Warszawskiego czas. lek.", z 15 stycznia 1928.

Albert Jentzner: „Traitements biologiques des infections", Masson et Cie Paris 1928.

Nakładem firmy wydawniczej Julius Springer Wien 6 tomików bibljoteki: Bücher der ärztlichen Praxis:

Heft 1. *Piler:* Die Anfangsstadien der wichtigsten Geiteskrankheiten.

Heft 2. *Marburg:* Der Schlaf, seine Störungen und deren Behandlug.

Heft 3. *Mayer:* Die akute Mittelohrentzündung.

Heft 4. *Leiner und Basch:* Diphterie und Anginen.

Heft 5. *Zappert:* Die Krämpfe im Kindersalter.

Heft 6. *Elias:* Glykosurien, renaler Diabetes und Diabetes meilitus.

Pamiętnik Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie, za rok 1927.

Bureau international du travail. Bibliographie d'hygiène industrielle. Vol III. Nr. 1—2, Mars - Juni 1928.

Cieszyński Antoni — „Stan lekarski w czasach obecnych pod względem liczbowym i ekonomicznym. Przyszłość stanu lekarskiego w Polsce. Nakładem autora. Lwów 1928.

Narkose und Anasthesie — czasopismo, rok I., zeszyt 6., z 15 czerwca 1928.

Henri Hartmann — „Chirurgie de l'estomac et du duodénum. Wyd. Masson et Cie. Paris 1928.

Claude Béclère — „L'exploration radiologique en gynécologie". Technique - résultats. Wyd. Masson et Cie Paris. 1928.

Naróg Fr. — „Contribution a la pathologie du xérosis conjonctival et cornéen et de la kératomalacia. Odb. z Archives d' ophtalmologie. T. XLV, nr. 1 Janvier 1928.

Naróg Fr. — „Wyniki pooperacyjne podwinięcia rzęs na tle jaglicy bliznowatej przy zastosowaniu metody Hotza - Anagnostakisa". Odb. z „Kliniki ocznej", zesz. IV z r. 1927.